

Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación

Juan José Pérez, Javier García^a y Martín Tejedor^b

Profesor del Área de Gestión de Servicios de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ^aDirector del Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

^bJefe de Sección de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Profesor Asociado a la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

Correspondencia

Juan José Pérez Lázaro.

Área de Gestión de Servicios de Salud.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Campus Universitario de Cartuja.

Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada.

Correo electrónico: juanj@easp.es

Resumen

Existen numerosos condicionantes de la actividad sanitaria que han dado lugar a nuevos planteamientos en la organización de los centros sanitarios. Se pretende mejorar los resultados de la práctica clínica, a la vez que una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizan en su actividad asistencial. Entre los más importantes destacan: la variabilidad en la práctica clínica, las crecientes expectativas ciudadanas, la gran innovación de tecnologías y el marco económico en los servicios públicos.

La propuesta es la gestión clínica (GC), que definimos como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos. Para hacer GC es necesario: a) investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; b) analizar y optimizar los procesos de atención a los enfermos, y c) dotarse de la estructura organizativa y de control adecuada.

La metodología de implantación incluye el análisis de la práctica clínica, el estudio de la producción asistencial de la unidad y de utilización de recursos, el análisis organizativo, el desarrollo de un sistema de evaluación y la elaboración de criterios de atención ética y de calidad.

Este concepto entronca con los fundamentos éticos de la medicina, puesto que persigue el máximo beneficio para el paciente y la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Gestión clínica. Organización asistencial.

Introducción

El concepto de gestión clínica (GC) que utilizamos en este trabajo tiene que ver con la literalidad de ambas acepciones. Para nosotros GC sería el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos. Por tanto, el objetivo último de la GC es el de ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Para poder entender el interés actual en la GC hace falta comprender los condicionantes de la actividad sanitaria durante las últimas décadas. A continuación destacamos algunos de los

Summary

There are many factors determining health activity that have sparked new approaches to the organization of health centres. The aim of these approaches is to improve clinical practice results and, at the same time, to achieve greater participation and involvement among professionals in managing the resources they use in their activity. Among the most important are variability in clinical practice, increasing technological innovation and the application of economic frameworks in public services.

One proposal is clinical management (CM), which we define as the use of intellectual, human, technological and organizational resources for the better care of patients. Implementation of CM requires the following: a) To investigate and improve the efficacy and effectiveness of diagnostic and therapeutic procedures; b) To analyze and optimize the process of patient care; c) To provide organizational and quality assurance structures.

The methodology for establishing CM includes analysis of clinical practice, study of unit production and resource use, organizational analysis, development of an evaluation system, and drafting of criteria for quality and ethical care.

This concept is linked to the ethical bases on which medical practices are founded since its goal is to provide the maximum benefits for patients and society.

Key words: Clinical Management. Clinical Organization.

factores que están obligando a una reflexión profunda acerca de la misma.

Factores del entorno sanitario

1. Las expectativas ciudadanas con respecto al sistema sanitario son cada vez más altas; el ciudadano es más exigente y está más informado. Es difícil establecer el límite a las demandas de nuevas prestaciones porque el concepto de salud y enfermedad está relacionado con los progresos de la medicina y con las expectativas sociales, conceptos ambos que están en expansión, lo que hace que este límite se encuentre actualmente difuminado.

2. A medida que una sociedad avanza, el componente calidad de vida es más valorado. Las actuaciones sanitarias tie-

nen que buscar también mejorar la calidad de vida del enfermo. Cada vez es más necesario disponer de instrumentos que nos permitan conocer estos resultados¹.

3. Las nuevas tecnologías de la información van a permitir a los clínicos conectarse a tiempo real con otros centros sanitarios, y esto implica que es posible colaborar en un diagnóstico a distancia, monitorizar a un paciente, fomentar cuidados domiciliarios y reforzar el papel de la atención primaria en el sistema sanitario.

Otro aspecto del impacto de las nuevas tecnologías de la información es que ha mejorado extraordinariamente el acceso a las bases de datos por parte de los profesionales, pero también por parte de los pacientes. Lo que está cambiando es la forma en que se distribuye la información entre el profesional y el usuario del sistema sanitario. En el futuro los médicos tienen que ser expertos usuarios de estas tecnologías² y los gestores sanitarios tendrán que propiciar cambios importantes en los sistemas de información y comunicación³.

4. El envejecimiento de la población y el predominio de enfermedades crónicas plantean mayores necesidades de cuidados y de atención sociosanitaria.

5. El control de gasto público y la competencia, cada vez mayor, con otros gastos públicos alternativos (educación infraestructuras, etc.) no permiten importantes crecimientos en el presupuesto sanitario. El problema no es la necesidad de disminuir el gasto en sanidad, sino cómo hacer compatible el fuerte crecimiento e innovación de las tecnologías en sanidad y el incremento en las expectativas de los ciudadanos con las políticas de control de gasto público que la convergencia económica exige. Este conflicto es el que ha dado lugar a la mayoría de las reformas en el sistema sanitario de los países industrializados⁴. Como consecuencia de esta situación, la sociedad será cada vez más exigente con los resultados del sistema sanitario público⁵.

Cambios en la práctica clínica

1. Los estudios sobre variabilidad han demostrado diferencias importantes aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la medicina entre países, regiones y grupos poblacionales, y en la forma de utilizar los recursos asistenciales. Estos estudios plantean dudas sobre los criterios de indicación de determinadas intervenciones y sobre los resultados⁶.

El creciente éxito de la medicina basada en la evidencia (MBE) se debe a numerosos factores, entre los que destacan: la constatación de amplias variaciones en la práctica médica no explicables por diferencias de las poblaciones, la preocupación por la efectividad de las prácticas médicas con una gran innovación tecnológica que no siempre mejora su impacto sobre la salud de los ciudadanos, las políticas de contención de costes, el progreso en los sistemas de documentación e información y en la mayor accesibilidad a las bases de datos clínicas⁷.

2. Los avances tecnológicos no siempre se traducen en beneficios para el paciente. En ocasiones han relegado a un segundo plano aspectos tradicionales y básicos de la medicina, como la historia clínica, la exploración del paciente y la valoración del componente humano que todo enfermo tiene cuando solicita atención.

Para que la aplicación de los avances científicos y tecnológicos aseguren el máximo beneficio para los pacientes, es imprescindible evaluar los resultados clínicos. El término "experto" debe reservarse para aquellos que son capaces de ofrecer resultados de su práctica asistencial^{8,9}.

3. Un aspecto sin resolver es la continuidad asistencial. La práctica clínica está orientada, en general, al acto asistencial (una consulta, una intervención quirúrgica, etc.) y los hospitales se organizan por especialidades cada vez más específicas. Esto da lugar a numerosos problemas de integración y de continuidad en la atención. De poco sirve una intervención quirúrgica de la máxima calidad técnica si el diagnóstico se demoró en exceso.

La práctica clínica de futuro tiene que tener en cuenta que la atención a un enfermo es el resultado de un proceso en el que intervienen distintos profesionales y distintas tecnologías, pero la respuesta debe ser única e integrada^{10,11}.

Como resumen presentamos las conclusiones del informe: "Pour un système de soins de santé viable au Canada"¹², en el que se destaca que la sociedad occidental demanda a sus servicios sanitarios:

- Orientación más clara hacia la salud, demostrando su efectividad.
- Que sean satisfactorios para todos los agentes que participen, especialmente para los usuarios.
- Más rendimiento de los recursos que consumen: eficiencia macro y microeconómica.
- Dar respuesta a todos estos retos sin salirse en lo fundamental del marco de los valores sociales prevalentes.

Gestión clínica

En este contexto surge la gestión clínica como una iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Tradicionalmente, la práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente, continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación médico-paciente. En este proceso el profesional moviliza los recursos necesarios para conseguir las mejoras posibles en la situación de salud de los pacientes.

Los médicos siempre han hecho gestión clínica, pero este nuevo planteamiento supone, por una parte, un nuevo abordaje de la dirección de las organizaciones sanitarias con consecuencia sobre el propio diseño organizativo y, por otra, la evaluación permanente de la actividad asistencial y la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en la atención de sus enfermos¹³.

Concepto de gestión clínica

El consenso sobre la necesidad de la GC es prácticamente unánime. Si el profesional es quien decide el proceso productivo en el hospital al tomar decisiones con, o en nombre del paciente, parece más que razonable que participe en la gestión de los recursos de las unidades clínicas si se quiere mejorar los resultados. Se pretende que la toma de decisiones esté allí don-

de hay más información, es decir, en los médicos y profesionales sanitarios en general.

Así pues, la GC se define como el uso de los recursos, intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas¹⁴.

Es decir, practicar GC es integrar la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles.

La gestión clínica se acompaña de una descentralización de la organización. El objetivo es que los profesionales tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de los resultados de la atención a los pacientes. Puede implicar una transferencia de riesgos a las unidades clínicas con la posibilidad de ganar o perder en función de los resultados.

Fundamentos de la gestión clínica

Las bases éticas tradicionales de la medicina son el principio de beneficencia, procurar el bien de los enfermos, y de no maleficencia, o no hacer el mal. Con posterioridad se incorporaron otros dos principios, que en la actualidad se consideran consustanciales a la práctica de la medicina. Por una parte está el principio de autonomía o de autodeterminación de los pacientes, por el cual cada individuo, con capacidad y disponiendo de información adecuada, es el dueño absoluto de las decisiones que se adoptan acerca de su propio cuidado; por otra, el principio de equidad o de justicia, por el que se debe intentar “lo mejor posible para todos los enfermos”, y por el que se garantiza la accesibilidad razonable, frente al concepto tradicional de la relación médico-enfermo de “lo mejor para mi paciente”. Este último principio adquiere su pleno sentido en los sistemas sanitarios con financiación pública¹⁵.

Las bases conceptuales de la GC entroncan con los fundamentos éticos de la medicina de alcanzar la mayor excelencia profesional de los médicos y de los sanitarios en general, y de lograr los mejores cuidados sanitarios posibles para los enfermos.

Cualquier proceder médico o sanitario entraña riesgo, daño o perjuicio de tipo físico (efectos secundarios de fármacos, consecuencias de procedimientos diagnósticos o terapéuticos), psicológico (efectos de un mal pronóstico, categorización como enfermo, reacciones ante la hospitalización, incapacidades), moral (conocimiento de una enfermedad incurable, priorización asistencial, errores) y económico (gastos ocasionados por la atención sanitaria, jornadas de trabajo perdidas). Por tanto, la realización de cualquier actividad clínica debe plantearse bajo el prisma de la relación entre el beneficio posible y el riesgo o perjuicio potencial¹⁶. Una pregunta esencial que debe presidir la actividad clínica de la relación médico-enfermo, que es la base de la gestión clínica, es: ¿esta decisión beneficia a mi paciente?, o mejor, ¿la relación beneficio/riesgo es razonable?^{17,18}. Es, por tanto, un compromiso ético establecer estrategias de mejora asistencial por parte de los clínicos para obtener los mejores resultados asistenciales en los centros sanitarios, y por parte de los financiadores, fomentar y facilitar las innovaciones y los cambios con un mejor balance entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos (eficiencia)¹⁹. En la difusión de

la gestión clínica estos aspectos no han sido suficientemente subrayados entre los médicos y sanitarios en general.

En gestión clínica se delimitan tres niveles

1. *Gestión de la asistencia sanitaria individual.* Se refiere a la elección de un determinado tratamiento o de una indicación quirúrgica. Es sin duda el aspecto más relevante de la GC, puesto que ésta se basa en la eficacia de esta primera decisión profesional. Se entiende por eficacia los beneficios obtenidos por un paciente cuando sobre él se aplica, en condiciones ideales, los conocimientos clínicos. En este nivel se puede decir que “la mejor gestión es una buena medicina”. La toma de decisiones para elegir el mejor método diagnóstico y la mejor alternativa terapéutica está llena de incertidumbres, como lo demuestra la existencia de gran variabilidad en la práctica clínica. La MBE, la epidemiología clínica y las técnicas de evaluación clínica aportan información para la selección de la pauta más adecuada al enfermo. La aparición de estas nuevas técnicas, junto a las nuevas oportunidades de la tecnología de la información, permite evaluar y plantear nuevas estrategias en las decisiones clínicas^{20,21}. Es importante considerar, en este nivel de decisiones, el aumento de la demanda de cuidados de enfermería motivado por la evolución demográfica y los cambios en los patrones epidemiológicos que han modificado el perfil de pacientes del hospital. Las características de los ancianos y de los pacientes crónicos hacen que la eficacia de la terapia individual dependa, junto a una buena medicina, de un buen plan de cuidados de enfermería elaborado a partir de información sobre la capacidad de autocuidado del paciente, necesidades básicas, de los aspectos educativos y de las características de las redes de apoyo familiares.

2. *Gestión de los procesos asistenciales.* Este segundo aspecto de la GC tiene que ver con la efectividad clínica y con la mejora en la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos. La efectividad mide los beneficios obtenidos por un paciente, o un conjunto de pacientes, cuando los conocimientos o la tecnología se aplican en condiciones reales, es decir, la medida en que se consiguen los objetivos deseados. Lo esencial es garantizar la atención integral al paciente. Por ejemplo, una vez diagnosticado correctamente, un paciente puede ser tratado en hospital de día o en hospitalización convencional; se puede aplicar un protocolo de atención u otro; dos días de estancia media o 5, etc. De nada sirve aplicar una técnica quirúrgica correctamente en una patología oncológica si el diagnóstico se ha retrasado en la atención desde atención primaria o el hospital^{22,23}.

El análisis y la mejora continuada de los procesos asistenciales (lo que viene denominándose “reingeniería”) es una herramienta esencial. Asimismo, se ha avanzado mucho en alternativas a la hospitalización convencional, como por ejemplo el hospital de día; en el análisis de la utilización inapropiada, en la evaluación tecnológica y, en general, en las técnicas de mejora continua de la calidad.

3. *Gestión de la unidad o de la utilización de los recursos.* Dentro de la gestión clínica es imprescindible asumir este nivel de decisiones para poder hablar de responsabilidad sobre la eficiencia. Se entiende por eficiencia la relación entre los bene-

ficios obtenidos y los costes que se han empleado en obtenerlos. Es un término relativo y, por tanto, debe analizarse en términos comparativos. Por ejemplo, lo anteriormente expuesto puede hacerse con dos médicos o con 4, o el nivel de cuidados determinado se lleva a cabo con 5 o 10 enfermeras, etc.

En este momento existen suficientes experiencias sobre presupuestos clínicos, sistemas de control de gestión, medida de la actividad de los servicios asistenciales, sistemas de información de costes²⁴⁻²⁶, etc., que pueden ayudar a la gestión de la unidad. Independientemente de los instrumentos que se utilicen, la unidad puede optar por modelos organizativos innovadores como las cooperativas profesionales u otras formas de asociación profesional que puedan mejorar la capacidad de gestión.

Las decisiones que se toman en cualquiera de estos niveles tienen un reflejo en los costes de la asistencia que se ponen de manifiesto en la cuenta de resultados de la unidad, así como en los estándares de calidad del servicio. Los profesionales que se incorporen a una unidad con autonomía de gestión tendrán que plantearse de qué forma consiguen optimizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de sus decisiones para lograr mejores resultados^{27,28}.

El proyecto de descentralización a través de la gestión clínica pretende maximizar la calidad. No se trata simplemente de ahorrar, sino de optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios.

Como hemos visto, existen métodos y sistemas de información para mejorar la toma de decisiones en cada uno de los niveles delimitados para la gestión clínica. La unidad debe desarrollar guías de actuación para mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia. En un primer momento, las comparaciones sólo podrán hacerse con los resultados de la misma unidad en otros períodos, pero cada vez más será posible compararse con unidades similares y con estándares publicados.

Guías de actuación

A continuación se exponen los niveles, los objetivos y las metodologías para las guías de actuación que debe desarrollar la unidad de gestión clínica.

Guía de actuación de eficacia

La unidad de gestión clínica debe centrarse en los procesos más frecuentes o más relevantes por algún otro criterio (gravedad, consumo de recursos, etc.) y elaborar o adaptar una guía de práctica clínica basada en evidencias científicas²⁹. En todas las especialidades, un número limitado de procesos constituye un alto porcentaje de los ingresos y en ellos debe centrarse la gestión de la unidad. Respecto a las pruebas diagnósticas, lo relevante será la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo en las diferentes situaciones clínicas y, sobre todo, la mejora en la determinación de la probabilidad preprueba de tener la enfermedad. Ésta se establece con los datos clínicos básicos obtenidos en la anamnesis y la exploración^{30,31}.

Lo anterior debe completarse con la elaboración de protocolos clínicos y guías de práctica clínica basados en árboles de decisión con la mejor evidencia disponible, establecimiento de los criterios de ingreso y estandarización de planes de cuidados de enfermería.

Guía de actuación de efectividad

La unidad de gestión clínica desarrollará un programa de mejora de procesos. De la misma forma que en el caso anterior, empezará por aquellos que por algún criterio sean más relevantes. Cada unidad debe determinar qué la define, cómo puede contribuir a la mejora del proceso y en qué fase puede mejorar (estancia media [EM], demoras, reingresos, criterios de derivación, etc.) y cómo mejorar la continuidad asistencial y la atención integral desde la perspectiva del paciente^{32,33}.

En general, los enfermos llegan al hospital desde atención primaria, necesitan servicios de varias unidades del hospital y vuelven a atención primaria, es decir, la mejora de procesos implica mecanismos de coordinación en horizontal centrados en el usuario. La gestión por procesos intenta aumentar los resultados de la unidad de gestión clínica incidiendo también en una mayor satisfacción de los ciudadanos^{34,35}.

Guía de actuación de eficiencia

El presupuesto clínico da información de costes directos e indirectos, así como de márgenes controlables desde la unidad. En el plan de gestión de la unidad deben destacarse aquellos puntos críticos y márgenes de mejora de la eficiencia. El elemento soporte de evaluación es la cuenta analítica de resultados. Disponemos de información sobre el coste por cada categoría diagnóstica (GRD) y del coste de los principales materiales sanitarios y fármacos que utiliza la unidad. A partir de aquí, debe investigar cuáles son sus oportunidades de mejora y elaborar protocolos de consumo de los más relevantes desde el punto de vista clínico y económico³⁶.

En la tabla 1 se resumen las distintas guías de actuación, según nivel y objetivo.

Por tanto, para hacer gestión clínica es necesario: *a)* investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente; *b)* analizar y optimizar los procesos de atención a los enfermos, y *c)* dotarse de la estructura de la organización y de control de gestión adecuada.

Implantación en una unidad de un proyecto de gestión clínica

El proyecto de GC tiene muchos puntos en común con un programa de calidad. En el fondo la GC y la calidad persiguen lo mismo, hacer bien el trabajo, pero el programa de calidad es algo más amplio y tendría cabida en cualquier planteamiento organizativo, no se acompaña necesariamente de una estrategia de descentralización.

No hay una forma única y mejor de hacer las cosas y, por tanto, no existe un proceso, un camino seguro a seguir en la práctica de la gestión. Una descripción pormenorizada exigiría un trabajo más extenso que el que nos ocupa. No obstante, en nuestra opinión hay una serie de elementos que deben estar presentes a modo de guía para el desarrollo de la GC en una unidad:

1. *Estudio de las características de producción de la unidad:*

Tabla 1. Guías de educación según nivel y objetivo

Nivel	Objetivo	Metodología
Eficacia	Mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes	Guías de práctica clínica Uso e interpretación de fuentes documentales Lectura crítica y revisión sistemática de la bibliografía Análisis de decisión clínica Evaluación tecnológica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo)
Efectividad	Mejora de los resultados de la práctica clínica	Gestión y mejora de los procesos (IDEF) Alternativas a la hospitalización convencional Análisis de utilización de recursos Análisis de resultados clínicos Integración de cuidados asistenciales Protocolos y procedimientos Gestión de riesgos clínicos Técnicas de mejora continua de la calidad Métodos de uso apropiado
Eficiencia	Optimización de costes	Sistemas de control de gestión Medida de la actividad y evaluación de la actividad y de los productos sanitarios Sistema de análisis y de control de costes Presupuestos clínicos Análisis de desviaciones presupuestarias Evaluación tecnológica (coste-efectividad) Innovaciones de la organización y de gestión (asociaciones profesionales y otras)

– Cartera de servicios: descripción y codificación del tipo de patologías, técnicas/procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se prestarán en la unidad y sus criterios de ingreso o de adecuación.

– Validación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD): estudio de la calidad del proceso de codificación y de registro de pacientes para garantizar que la actividad corresponde con la patología atendida en la unidad.

– GRD con mayor ganancia potencial de estancias: representa las oportunidades de mejora de la eficiencia en el uso de las camas y demás recursos asistenciales.

– Comparación con el estándar: nos permite visualizar nuestra posición en relación al estándar definido.

– *Benchmarking*: comparación con unidades similares.

– Análisis de la actividad ambulatoria y de hospital de día, como elemento complementario al análisis de los GRD.

2. Análisis organizativo:

– Identificación de clientes a los que va dirigido el servicio y de sus necesidades y expectativas, tanto internos como externos, si procede.

– Análisis de los procesos asistenciales: flujos de pacientes y mapa de aquellos que constituyen de 80% de la actividad de la unidad.

– Control de los procesos: guías de actuación/gestión de procesos, normas, procedimientos o protocolos. Una vez identificados los procesos más frecuentes/importantes, se procederá a describirlos por escrito, ayudándose con flujogramas cuando sea pertinente, y se establecerán criterios de calidad en cada uno de ellos, haciendo especial hincapié en la continuidad entre niveles asistenciales (atención primaria, servicios de emergencias y asistencia especializada ambulatoria u hospitalaria en cualquiera de sus modalidades: observación en urgencias, hospital de día, ingreso convencional, etc.). La gestión de procesos asistenciales debe plantearse como un programa de gestión de la enfermedad, es decir, con una definición del curso natural de la enfermedad, su evolución y los momentos de atención para la prevención de agudizaciones, reingresos y complicaciones.

– Análisis de cargas de trabajo y de la organización de servicio con el objetivo de optimizar los recursos humanos y tecnológicos.

3. Análisis de la práctica clínica:

– Previsión de actividad: estimación de la actividad que se va a llevar a cabo en el próximo año: ingresos, intervenciones quirúrgicas, consultas, número y tipo de exploraciones complementarias en el caso de los servicios generales, técnicas de enfermería o cuidados, sesiones clínicas, publicaciones, trabajos científicos, etc.

– Elaboración de guías de práctica, vías o protocolos del proceso diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías que incluyan, al menos, el 80% de los casos. En los servicios centrales deberán existir procedimientos de las técnicas o estudios complementarios en la misma proporción.

– Un aspecto nuclear tanto en la implantación de un programa de GC como en un sistema de calidad³⁷ es la identificación, diseño, desarrollo y monitorización de indicadores y estándares por patología y técnica diagnóstica. Deberán adaptarse a la naturaleza del servicio que se preste: mortalidad, infecciones nosocomiales, complicaciones, secuelas, úlceras por presión, flebitis, demoras máximas, etc. En los servicios generales y centrales irán dirigidos hacia las demoras, tiempos de respuesta, tasa de no conformidades, errores en los procesos administrativos, costes, reclamaciones/quejas de los clientes, etc.

4. Análisis de utilización de recursos:

– Uso racional de pruebas diagnósticas: criterios de indicación y de su valor predictivo.

– Uso racional de la tecnología: adecuación de uso a través de guías de las agencias de evaluación de tecnologías.

– Uso racional de la terapéutica farmacológica: adecuación a protocolos y política de medicamentos del hospital.

5. Desarrollo de un sistema de control de gestión de la unidad para el seguimiento y evaluación:

– Presupuesto de la unidad: presupuesto de gastos y de actividad.

- Sistema de análisis de las desviaciones presupuestarias
- Cuadros de mando de actividad, calidad y costes: conjunto de indicadores que nos permiten valorar la evolución de la unidad clínica y corregir.

- Evaluación del desempeño de los profesionales miembros de la unidad clínica.

- Sistema de incentivos.

6. *Criterios de atención ética*: es el compromiso de la unidad clínica con sus pacientes y con los ciudadanos en general e incluye actuaciones en relación a aspectos como:

- Accesibilidad al servicio.
- Información a enfermos y familiares.
- Seguridad de los pacientes.
- Tratamientos de pacientes críticos.
- Comunicación interna.

Conclusión

Las conjeturas acerca del futuro de la medicina a menudo se centran en la anticipación de los avances científicos y tecnológicos, y de su impacto, mientras que la mayor parte del pensamiento en atención sanitaria se fundamenta en la perspectiva política, social, económica, legal y organizativa. La integración de ambas visiones requiere un cambio conceptual de los médicos acerca de su propia actividad, la corrección de su tolerancia histórica acerca de la variabilidad de la práctica, de los estándares de calidad y de los resultados asistenciales. El mayor reto futuro de la medicina es el de conectar con los problemas de salud de las personas, para lo que se requiere un nuevo entrenamiento y la adquisición de nuevas habilidades.

La GC actuaría como un lenguaje común, como un estímulo, entre los clínicos, las autoridades sanitarias y los pacientes. El escenario ideal que comprometería a los clínicos y a los directivos sanitarios sería aquel que tuviera en consideración: a) los hospitales y otras instituciones sanitarias existen para cuidar a los enfermos, y todas las demás actividades son, por tanto, secundarias; b) la fuerza dominante en los hospitales deben ser los equipos clínicos (médicos, enfermeras y otros sanitarios), pues son ellos los que generan el producto final y los que conocen las verdaderas necesidades del paciente; c) la organización sanitaria debe orientarse hacia las necesidades del paciente, como cualquier empresa de servicios lo hace hacia sus clientes; d) las decisiones se deben tomar sobre la base de hechos y del conocimiento acreditado, no por la conveniencia o por criterios políticos, y e) las decisiones en cualquier nivel de la organización se tienen que tomar a la luz de la perspectiva clínica. Pero ello exige determinados compromisos de los médicos, como son los de aprender a dirigir y a ser dirigidos, contribuir a las decisiones de gestión y de organización y en la mejora de las instituciones, y desarrollar habilidades y áreas de conocimiento hasta ahora alejadas de la formación académica y profesional tradicional³⁸.

Las profesiones sanitarias, como ha sucedido en innumerables ocasiones a lo largo de siglos, están de nuevo ante la necesidad de afrontar un cambio adaptativo cuando casi amanece el tercer milenio. O quizá el momento exija transformacio-

nes de algunos aspectos que afectan a la naturaleza misma de aquéllas.

Bibliografía

1. Berwick DM, Nolan WT. Physicians as leaders in improving health care: a new series in *Ann Intern Med*. *Ann Intern Med* 1998;128:298-302.
2. McDonald CJ, Overhage JM, Dexter PR, Blevins L, Meeks-Johnson J, Suico JG, et al. Canopy computing: using the Web in clinical practice. *JAMA* 1998;280:1325-9.
3. Berger A. The impact of new technologies in medicine. *BMJ* 1999;318:346.
4. OCDE HEALTH DATA. A software package for international comparison of health care systems. Version 1.5.
5. Bunchanan JM. Ética y progreso económico. Barcelona: Ed. Ariel Sociedad Económica, 1996.
6. Peiró S, Meneu R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1998;76:165-7.
7. Ortún V. Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones para la gestión sanitaria. Actas de VI Seminario EE-ASP-MSD. Los retos directivos ante la gestión de la efectividad. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, noviembre 1999.
8. Blumenthal D, Epstein AM. The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 1996;335:1328-31.
9. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH, Richardson S. Users' guides to the medical literature: XIV. How to decide on the applicability of clinical trial results to your patient. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1998;279:545-9.
10. García Alegría J, Pérez Lázaro JJ. Nuevas formas de gestión clínica. *Revista de Patología Digestiva* 1999;22:191-201.
11. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
12. Arqus, Aves, Clouties at Albert Universities of Ottawa Ana Queens. Pour un système de soins de santé viable au Canada. 1995.
13. Pérez Lázaro JJ, Pérez Cobo G, García Alegría J, Díez García F. Futuro de la Gestión Clínica. *Gestión Hospitalaria* 1999;10: 114-20.
14. Pérez Lázaro JJ. Proyecto de gestión clínica. Asesoría para la elaboración del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: biblioteca de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. 1998.
15. Gracia Guillén D. Ética y gestión sanitaria. En: Jiménez Jiménez J, editor. Manual de gestión para Jefes de servicio. Madrid: Ed. MSD, 1997;101-24.
16. Bowden D. Risk management. En: White T, editor. Textbook of management for doctors. Nueva York: Churchill & Livingstone, 1996: p. 313-30.
17. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993;270:2598-601.

18. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271:59-63.
19. García Alegría J. Fundamentos de la gestión clínica. Actas de XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica. Granada, mayo, 1998.
20. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. User's guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1995;274:1800-4.
21. Guyatt GH, Sinclair J, Cook DJ, Glasziou P. Users' guides to the medical literature: XVI. How to use a treatment recommendation. Evidence-Based Medicine Working Group and the Cochrane Applicability Methods Working Group. *JAMA* 1999; 81:1836-43.
22. Holford D. Barriers to disease management. *Am J Health-Sys Pharm* 1996;53:2093-6.
23. Hunter DJ, Fairfield G. Managed care: disease management. *BMJ* 1997;315:50-3.
24. Tejedor M, Jiménez L, Bandera JJ, Grupo de Costes de la SEMES. El coste de los procesos clínicos en los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias* 1998;10:393-405.
25. Torres JM, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes JL. Coste por proceso en urgencias. *Todo Hospital* 1999;157:383-90.
26. Tejedor M, Jiménez L, Torres JM, Bandera JJ, Arroyo JL, Buforn A, et al. El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las unidades de Urgencias y Emergencias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:312-20.
27. Lawson K. Economics for clinicians. En: White T, editor. Textbook of management for doctors. Nueva York: Churchill & Livingstone, 1996; p. 241-56.
28. Carretero Alcántara L. Gestión de recursos en una unidad hospitalaria. Actas de XIII Jornadas de Salud Pública y Administración sanitaria. Mitos y realidades de la gestión clínica. Granada, mayo, 1998.
29. Bowden D. Risk management. En: White T, editor. Textbook of management for doctors. Nueva York: Churchill & Livingstone, 1996; p. 313-30.
30. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271:389-91.
31. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994;271:703-7.
32. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. *JAMA* 1990;263:3077,3081,3084.
33. Guinane CS. Clinical care pathways. Tools care pathways. Tools and methods for designing, implementing, and analyzing efficient care practices. Nueva York: McGraw-Hill, 1997.
34. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med* 1995;123:941-8.
35. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001.
36. O'Brien BJ, Heyland D, Richardson WS, Levine M, Drummond MF, for the Evidence-Based Medicine Working Group Users' Guides to the Medical Literature. XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice. B. What are the results and will they help me in caring for my patients? *JAMA* 1997; 277:1802-6.
37. Tejedor M, Martín JM. Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14: 671-9.
38. Simpson J. Doctor's involvement in management-the reality. En: White T, editor. Textbook of management for doctors. Churchill & Livingstone, 1996; p. 21-31.