



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
CALIDAD ASISTENCIAL

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

### Eficiencia y sostenibilidad en la gestión clínica<sup>☆</sup>



### Efficiency and sustainability in clinical management

B. González López-Valcárcel

*Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

*Gestión clínica* es la conjunción de dos términos de amplio arraigo, que cuando se combinan se trasmutan en una expresión de significado ambiguo, amenazante para unos, mantra o remedio de todos los males de las organizaciones sanitarias para otros. Sin duda está de moda. Así como el Renacimiento redescubrió la cultura clásica, en los últimos años se ha relanzado la idea de la gestión clínica, que sin embargo no es nueva. Ya en 1998 se habían iniciado experiencias en áreas de gestión clínica del corazón en España<sup>1,2</sup>. En 2013, la ministra de sanidad firma con organizaciones profesionales de médicos y enfermeras un pacto por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), uno de cuyos pilares es la mejora de la gestión clínica. En 2015 circula un borrador de Real Decreto por el que se fijan las bases para implantar unidades de gestión clínica en los servicios de salud que llega tarde, pues algunas CCAA como Andalucía habían desarrollado su propia estrategia<sup>3</sup>. Además, se suscitan conflictos entre profesionales (¿Deberían poder los enfermeros liderar unidades de gestión clínica?<sup>4</sup>) y algunos vislumbran detrás de los movimientos progestión clínica la sombra de la mano negra de la privatización<sup>5</sup>.

El debate sobre la gestión clínica se mezcla con el de la sostenibilidad del SNS. Para entender qué está pasando y qué podemos esperar de la gestión clínica necesitamos

poner la sanidad en su contexto económico. Si bien la crisis económica ha sido formalmente superada, dejó secuelas que afectan directamente a la sanidad. Una de ellas es el papel crecientemente activo de los departamentos de Hacienda en el día a día de la financiación y de la gestión sanitaria.

La crisis económica ha supuesto un test de estrés para el sistema sanitario español. Entre 2010 y 2014, el gasto sanitario público se ha reducido en un 11,4%, mientras el privado aumentaba un 16%<sup>6</sup>. Como consecuencia, la participación del gasto sanitario privado sobre el total ha ganado casi 5 puntos porcentuales en ese periodo y en 2014 ya superaba el 30% del gasto sanitario.

Las primeras reacciones desde el sector sanitario al nuevo escenario restrictivo de creciente control del déficit por parte de la UE, a finales de 2009, fueron de gran impacto psicológico y mediático, y se caracterizaron por recortes indiscriminados, que sobre todo afectaron a inversiones (*apagón* inversor), a capítulo I (personal) y a medicamentos. Poco a poco, han ido surgiendo iniciativas más selectivas, a semejanza de otros países, algunas de ellas lideradas por asociaciones profesionales<sup>7</sup> («*Not to do*», «*Choosing Wisely*»). Estas iniciativas, que tienen en común con la gestión clínica el protagonismo de los clínicos frente a los gestores o administradores, chocan con la creciente intrusión de Hacienda en Sanidad que se ha comentado más arriba.

Actualmente el sistema sanitario tiene riesgos a corto y a medio plazo que amenazan su sostenibilidad. Tras los años de fuertes restricciones presupuestarias, todos los agentes que ofrecen sus inputs presionan fuertemente reclamando atención económica: el personal por mejorar

<sup>☆</sup> Este texto desarrolla la ponencia presentada en el XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad y XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad. Córdoba 19 al 21 de octubre 2016.

Correo electrónico: [beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es](mailto:beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es)

salarios, condiciones laborales y plantillas; los sectores de tecnología médica por renovar equipamientos tras el apagón inversor; la industria farmacéutica, que se considera la primera víctima de los recortes.

Un efecto secundario de los recortes, y del consiguiente aumento de las listas de espera en la red pública, ha sido el movimiento de muchos ciudadanos hacia la utilización de servicios sanitarios privados, bien de pago directo –sobre todo, consultas a especialistas, pruebas diagnósticas y cirugías de baja complejidad– bien mediante aseguramiento privado. En España hay una estructura de centros sanitarios privados de carácter lucrativo, bien organizados y crecientemente proactivos y reivindicativos. Proclaman que la solución a la sostenibilidad del sistema pasa por aumentar su peso en la prestación de servicios, bajo diferentes posibles fórmulas. Una de ellas consiste en generalizar el modelo MUFACE. El debate es más ideológico-*lobbista* que argumentativo o basado en evidencias. La gestión clínica de las unidades asistenciales públicas se presenta por algunos como la solución «desde dentro» al reto de la sostenibilidad, frente a los que abogan por la externalización de la provisión. La gestión clínica sería, pues, la gran esperanza blanca.

Además de la evidente apropiación privada de los excedentes mediante la cesión asistencial a empresas lucrativas hay otra forma, algo más sutil, de apropiación privada. Se produce por la tolerancia a la baja productividad en la red pública, asociada a una estructura de incentivos débiles y a la caracterización de las plazas «en propiedad».

En cualquier caso, el sistema sanitario público tiene un claro reto de eficiencia. La mejor forma de protegerlo de las amenazas verosímiles de privatización depredadora es contribuir a mejorar sus resultados. La sostenibilidad del sistema requiere alinear incentivos: a los profesionales, a los pacientes, a la industria; en definitiva, que todos los agentes remen con el mismo rumbo. La gestión clínica se presenta como una fórmula factible para modificar sistemas retributivos e incentivos a los profesionales.

El sistema tiene recursos y activos, tangibles e intangibles, para afrontar el reto de la sostenibilidad –eficiente y equitativa– empezando por el capital humano y organizativo. Parte de ese capital intangible es el rico inventario de experiencias de gestión y organización en sanidad, propiciado por la descentralización autonómica, que ha de verse más como una oportunidad que como una amenaza. Claro que esa riqueza se despilfarra si no hay transparencia informativa que permita evaluar comparativamente las experiencias en distintas áreas y centros. Una condición necesaria, que no suficiente, para la transparencia es el buen gobierno, y que los mandos sean profesionales desapegados de la política del ciclo electoral, de los intereses partidarios y de los *lobbies*.

Las grandes innovaciones ahorradoras de costes se conseguirán mejor con cambios organizativos, basados en el liderazgo profesional, que con nuevas tecnologías médicas. Gracias al esfuerzo de grupos de investigación como el del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (VPM)<sup>8</sup>, hoy sabemos donde están las grandes bolsas de ineficiencia, donde y qué procedimientos de bajo valor se emplean más. Este conocimiento ha de orientar las guías de «desinversión» productiva<sup>9</sup>, que solo es posible desde la (gestión) clínica, se llame como se llame.

La integración asistencial es un potente antídoto contra la ineficiencia, y está en línea con el paradigma de tender hacia Sistemas Sanitarios Basados en el Valor. Tenemos en España y en otros países experiencias de las que aprender, como las Organizaciones Sanitarias Integradas o las estrategias de cronicidad. Pero no hay soluciones universales o fórmulas mágicas de talla única. Aprender en cabeza ajena tiene sus límites. La tentación de generalizar experiencias exitosas asumiendo que los resultados globales de ese «*scaling-up*» serán igual de buenos puede llevar a serios sesgos. La ley de los rendimientos decrecientes opera aquí también. Las primeras unidades de gestión clínica que se crean captan a los profesionales más motivados y capaces. Por tanto, decretar la generalización de las unidades de gestión clínica a todos los servicios y centros no es tan buena idea, después de todo. Además, mejor es no hacer que hacerlo mal. Crear unidades de gestión clínica que no mejoren el desempeño es peor que no hacer nada. Al menos no haciendo nada tampoco se desgasta el concepto.

La gestión clínica no soluciona todos los problemas, algunos trascienden el nivel meso y requieren planificación y regulación a nivel de comunidad autónoma o estatal. Un ejemplo es la necesaria recentralización de unidades quirúrgicas. En España la mayor parte de los servicios de cirugía cardíaca operan por debajo del mínimo requerido para mantener estándares de calidad en bypass coronario, en torno a 415 casos por hospital y año<sup>10,11</sup>.

Hay que tener presente que el capital más valioso del sistema sanitario es el humano, y que algunos procedimientos habituales de gestión dinamitan su calidad y productividad. La «criptonita» de la atención primaria es la sucesión de contratos cortos, esporádicos, de incidencias, y el resto de prácticas habituales que cercenan la longitudinalidad del cuidado, cuando esta longitudinalidad es el principal valor añadido de la medicina de familia. Según datos del Servicio Público de Empleo, entre 2011 y 2014 se firmaron en España más de 54.000 contratos de duración menor a un mes con médicos de familia. La gestión clínica puede ser un potente antídoto contra esa tendencia.

En síntesis, la gestión clínica en organizaciones crecientemente integradas (entre niveles asistenciales, con los servicios sociosanitarios y sociales) puede ser una palanca de cambio muy efectiva, aunque no la fórmula mágica para la sostenibilidad del sistema. O bien, podría llegar a convertirse en un término vacío de contenido, desgastado por su uso indebido. Gestión clínica implica asumir riesgos y exigir responsabilidades, modificar la forma de hacer las cosas –quién hace qué, cómo y a quién–, cambiar las formas de pago, vinculándolo a objetivos finales de salud poblacional en la medida de lo posible. Requiere un sistema de información capaz, veraz y dinámico que sea útil para monitorizar algo más que la actividad. Los avances en este terreno se merecen la mayor publicidad. Pero publicidad no es lo mismo que propaganda. Las revistas científicas serían el mejor vehículo para este tipo de análisis e información.

## Bibliografía

1. Castro Beiras A, Escudero Pereira JL, Juffe Stein A, Sánchez CM, Caramés Bouzán J. El «Área del Corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:611–9.

2. Sanz G, Pomar JL. El «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. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [consultado 25 Ene 2017]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_gestionClinica](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica)
4. Redacción Médica 18/06/2014 [consultado 25 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/noticia/enfermeria-se-niega-a-subordinarse-en-gestion-clinica-3487>
5. Federación para la Defensa de la Gestión Pública. Las claves de la gestión clínica [consultado 25 Ene 2017]. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/747-las-claves-de-las-unidades-de-gestion-clinica>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de cuentas de salud 2014 (junio 2016) [consultado 25 Ene 2017]. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>
7. Repullo JR. Austerity: Reforming systems under financial pressure. *Strengthening Health System Governance*. En: *European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016*: p. 207.
8. Bernal-Delgado E, García-Arnesto S, Peiró S, on behalf of the Atlas VPM. Atlas of variations in medical practice in Spain: the Spanish National Health Service under scrutiny. *Health Policy*. 2014;114:15–30.
9. Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gacet Sanit*. 2013;27:175–9.
10. Gutacker N, Bloor K, Cookson R, Gale CP, Maynard A, Hon D, et al. Hospital surgical volumes and mortality after coronary artery bypass grafting: Using international comparisons to determine a safe threshold. *Health Serv Res*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12508>.
11. Gutacker N, Bloor K, Cookson R, García-Arnesto S, Nermal-Delgado E. Comparing hospital performance within and across countries: An illustrative study of coronary artery bypass graft surgery in England and Spain. *Euro J Pub Health*. 2015;25 Suppl 1:28–34. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/cku228> [consultado 25 Ene 2017].