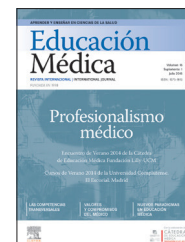




Educación Médica

www.elsevier.es/edumed



Nuevos paradigmas en educación médica: el caso de la gestión clínica

Carlos Alberto Arenas

Gerente del Área IX de Salud de la Región de Murcia, Vocal de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Educación médica
Gestión clínica
Gestión sanitaria
Profesionales
sanitarios

Resumen En este artículo se analiza la formación en gestión clínica en España. La gestión clínica se perfila en España como el modelo de gestión sanitaria emergente que más consenso suscita entre los distintos actores que conforman el sistema nacional de salud. Sin embargo, hay una gran amplitud en el concepto de gestión clínica en España, por lo que puede ser difícil llegar a acuerdos para su implantación.

A esto se une el hecho de que la formación en gestión clínica en España es dispersa, heterogénea y adolece de estandarización reglada.

La gestión clínica debe acercar a los clínicos al mundo de la gestión y los gestores ceder poder a los clínicos, siempre que demuestren que son capaces de gestionar los recursos disponibles con racionalidad, siguiendo el principio de maximizar el coste de oportunidad.

Para conseguir tener gestores clínicos eficientes será necesario hacer un gran esfuerzo formativo, ya que los estudios tradicionales de los profesionales sanitarios están muy orientados a la clínica clásica centrada en órganos y sistemas.

Se necesita formar a los profesionales en ejercicio en medicina basada en la evidencia, calidad asistencial, seguridad del paciente y economía de la salud, entre otras materias transversales, que permitan al clínico tener una formación más completa y holística.

A la vez se necesita modificar la mayoría de los programas curriculares de los estudios universitarios de todas las profesiones sanitarias, incorporando dimensiones gestoras como organización, liderazgo, planificación, gestión económica, evaluación y *benchmarking*, entre otras.

En la actualidad hay algunos másteres de gestión clínica en algunas universidades, pero se hace necesario mejorar y homogeneizar esta enseñanza.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Health profesional
Medical education
Clinical management
Health management

Education in clinical management in Spain

Abstract Clinical management is emerging in Spain as the new model of health management that raises more consensus among the different actors that make up the national health system. However there are great differences on the concept of clinical management in Spain so it may be difficult to reach agreements for its implementation.

Added to this is the fact that training in clinical management in Spain is dispersed, heterogeneous and suffer no formal standardization.

Clinical management should approach the world of clinicians and managers to give power to clinicians, if they prove they are able to manage resources rationally, following the principle of maximizing the opportunity cost.

For clinical managers to be efficient a major training effort will be required as traditional studies of health professionals are mainly oriented to classical clinical signatures centered on organs and systems.

We must provide practitioners in evidence-based medicine, quality of care, safety of patients and health economics, among other cross knowledges, allowing the clinician a more complete and holistic education.

At the same time it's necessary to modify most of the curricula of university studies incorporating to all health professions dimensions like managing, organization, leadership, planning, financial management, evaluation and benchmarking among others.

At present time a few masters on clinical management exist in some universities but it's necessary to improve and standardize its contents.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La gestión clínica se perfila como el nuevo paradigma de gestión que necesita el Sistema Nacional de Salud, aunque ya viene de lejos, ahora se ha vuelto a poner de actualidad debido a las resistencias al cambio dentro de las organizaciones sanitarias públicas y la necesidad de hacer una medicina más alineada con la gestión óptima de los recursos y la evidencia científica. Esto hace que se vea como una de las pocas alternativas que existen para mejorar la organización sanitaria empoderando a los propios profesionales en la gestión.

Parece que decir que se va a hacer gestión clínica es el **fetichismo de moda** de cualquier consejería de salud que se precie. Pero aclaremos conceptos: **no siempre hablamos de lo mismo y los niveles de gestión clínica pueden ser muy distintos.**

Por ejemplo, en una **EBA de atención primaria** se hace gestión clínica por necesidad intrínseca del modelo. No es necesario estimularla o potenciarla, ya que allí el profesional es el copropietario y coparticipa de la gestión con otros compañeros; por lo tanto, es necesario e inevitable que gestione la consulta, los recursos y sobre todo la indicación y la adecuación de la práctica clínica en sus aspectos diagnóstico y terapéutico.

La gestión clínica más completa se da cuando el equipo tiene asignados unos recursos, con un presupuesto real del que puede disponer materialmente, y con esos recursos, gestionándolos y con cierto riesgo, tiene que ofrecer unos servicios sanitarios a la población.

En el caso de **centros sanitarios públicos sin personalidad jurídica propia** (los centros públicos clásicos de toda la vida y más numerosos), en sentido estricto es imposible legalmente que una unidad, servicio o área de gestión clínica pueda gestionar realmente recursos, en el sentido de decidir libremente sobre recursos humanos y materiales, ya que realmente no es gestor ni propietario de un presupuesto o recursos económicos descentralizados. **Su presupuesto es virtual.** Nunca pueden manejar dinero real, ni tienen capacidad para decidir las contrataciones del servicio, que están reguladas por la reglas de la función pública. **En este entorno de trabajo tradicional y burocrático, el facultativo médico sí puede decidir las pruebas diagnósticas y las terapias (farmacológicas o no) que debe**

recibir el enfermo. Evidentemente esto no es poco, ni mucho menos, sino que es lo más importante, el verdadero nudo gordiano de la gestión clínica. **De nada vale tener un presupuesto con dinero real y capacidad para gestionarlo si luego la indicación diagnóstica y/o terapéutica es inadecuada.**

Desde el primer momento que un médico o cualquier otro profesional entra a trabajar en el sistema sanitario público debería hacer gestión clínica, en el sentido de ajustar la indicación a lo mejor para el paciente, pero teniendo en cuenta el coste, ya que lo pagamos todos. Es decir usar la terapia que sea más efectiva y segura al menor coste. Y por supuesto ajustar la indicación. Preguntarse: ¿es realmente necesaria esa prueba, ese tratamiento o ese ingreso? **La mayoría de nuestras intervenciones no son inocuas, sino que tienen efectos adversos.** La seguridad del paciente se beneficia muchísimo de una práctica clínica prudente y ponderada que tenga siempre en cuenta **el balance beneficio/riesgo de sus intervenciones.**

Pero precisamente conseguir que la actuación del profesional sea la más coste-eficiente y la de mejor balance beneficio-riesgo es lo más difícil de hacer y de medir, por varios motivos:

- El estado de la ciencia y los precios de las intervenciones y fármacos varían con rapidez, por lo que **mantenerse actualizado en cuanto a la mejor coste-efectividad y balance beneficio-riesgo requiere una información continua,** que deben ofrecer de manera ideal los servicios centrales de las consejerías de sanidad a sus profesionales, pero que frecuentemente no se hace.
- **No siempre hay incentivos potentes excepto la ética profesional para indicar lo más ponderado.** Hasta ahora se ha evaluado escasamente la indicación y no se ha premiado la indicación más coste-eficiente y de mejor balance beneficio-riesgo. La tendencia a usar “lo último” lo más “novedoso” y la “medicina defensiva” son incentivos, a veces potentes, que van en contra de la indicación prudente y coste-efectiva.
- Además, **es difícil evaluar la indicación objetivamente.** Hay consensos de expertos y basado en estudios y metaa-

nálisis, pero cualquier facultativo puede argumentar sus decisiones particulares. **Medir las variaciones en la práctica clínica entre facultativos y servicios ayuda y da transparencia**, pero a veces encona los ánimos y refuerza posturas negativas simplemente por reacción. Otras veces, cuando la evaluación no es muy precisa o afinada, se comenten errores de evaluación que desincentivan, si el profesional se siente injustamente tratado o si se ponen objetivos imposibles.

Así pues, **la gestión clínica ética y responsable con el enfermo pero también con la sociedad sería lo ideal**. Sin embargo es complicada de conseguir e incentivar. Por eso muchos proyectos de gestión clínica no dejan de ser brindis al sol o una buena coartada cuando en realidad no va a cambiar casi nada de la organización sanitaria. **Queda muy bien decir que se va a hacer más gestión clínica y no sienta mal a casi nadie**.

- **Los profesionales piensan:** a lo mejor así tengo más independencia, libertad, participación en la gestión, poder e incentivos.
- **Los sindicatos piensan:** eso no supone cambiar la organización, así que seguiremos siendo estatutarios/funcionarios que es lo que interesa básicamente.
- **El gestor piensa:** así quizá el profesional estará más colaborador y se controlarán mejor los costes y habrá mejor indicación y eficiencia.
- **El político piensa:** así los mantengo ocupados y no me tacharán de privatizador y quedará bien con todos.
- **Y el paciente,** pues mientras le den la mejor asistencia posible no entra en estos dilemas. A no ser que alguien se encargue de decirle que si cambian las cosas será a peor para él. Y en este caso pocos se lo dirán porque hay un cierto consenso en que la gestión clínica es buena.

En los centros públicos puramente administrativos manejar presupuestos ficticios o virtuales puede ayudar a que el profesional conozca el coste de lo que hace y se implique más con el factor eficiencia y quiera mejorarla, aunque no siempre ocurre.

En los centros con personalidad jurídica propia (EBA, fundaciones, consorcios, concesiones, empresas públicas), la implicación en la eficiencia suele ser mayor por cuestión de supervivencia. Además pueden gestionar realmente sus recursos, y con el dinero que manejan tienen que decidir cómo lo invierten, a quién contratan y dónde priorizar. Pero precisamente estos últimos centros son los que menos publicitan que hacen gestión clínica, ya que la llevan haciendo casi siempre. Es en la gestión administrativa pública tradicional, burocrática, donde el profesional se suele sentir alienado y como una pieza más del engranaje con la que no se cuenta, y donde el gestor siente que ni gestiona ni manda, y el político que no controla y que allí todos están mosqueados, desmotivados y cabreados, **donde se necesita decir que se va a hacer algo, que algo va a cambiar y que eso nos va a salvar**, sin cambiar casi nada la organización, manteniendo el régimen jurídico del personal y bajo el paraguas de extrema seguridad garantista de la Función Pública; y ese algo es la Gestión Clínica.

Hay muchas definiciones y escritos sobre la gestión clínica. Aquí pongo algunas de las más clásicas e interesantes:

“La finalidad última de la gestión clínica es la de implicar al profesional otorgándole una responsabilidad sanitaria y social acorde con la discrecionalidad de sus decisiones. La evolución de la parte más clínica de la gestión clínica puede considerarse satisfactoria (medicina basada en la evidencia, revisiones sistemáticas, estudios de adecuación, validación de medidas de calidad de vida relacionada con la salud, elaboración de guías de práctica clínica...); la parte no clínica de la gestión clínica —la de su encaje organizativo— experimenta dificultades mucho mayores”. Vicente Ortún. Gestión Clínica y Sanitaria 2003.

Otra definición propia modificada de J.J. Repullo: *La incorporación de resultados de la investigación, de la medicina basada en la evidencia, de la evaluación de tecnologías, la evaluación y mejora de la calidad, y otros campos afines a la actividad directiva general y médica de los centros sanitarios para dar una base científica, técnica y profesional a las actividades cotidianas del centro sanitario, la resolución de los procesos asistenciales y la planificación estratégica del mismo y sus servicios con autonomía de gestión basada en el liderazgo, la capacitación profesional y la descentralización del poder.*

En realidad, la gestión clínica debe tener efectos bidireccionales de **hacer más gestión en la clínica**. Haciendo que los clínicos asuman responsabilidades de gestión: de sus decisiones y procesos, de un presupuesto y que aprendan habilidades y conocimientos de gestión.

Y hacer más clínica la gestión: con horizontalización de la organización con más clínicos desempeñando responsabilidades gestoras. Los directivos deben apoyar sus decisiones en la evidencia disponible para ganar más salud.

El profesional es clave, ya que si controla el proceso asistencial debe gestionarlo.

Hay un déficit importante de formación en gestión clínica en nuestro medio, y para que exista y se desarrolle una formación en este ámbito se debe partir de dos premisas:

- *La capacitación para una medicina integral, integradora y eficiente: dando especial relevancia a la medicina basada en la evidencia, la educación para la salud, la economía de la salud, la calidad asistencial...*
- *Formar en capacitación gestora y organizativa para asumir la autonomía y la responsabilidad. Sobre todo formar en gestión de recursos humanos, teoría organizacional, atención al usuario, gestión económica, benchmarking, marketing social, etc.*

Situación de la formación en gestión clínica en el año 2014 en España

Educación pregrado: Universidad

- No hay asignaturas que respondan a las necesidades globales de educación en gestión clínica.
- La formación se articula según el paradigma médico clásico de la división del cuerpo por sistemas.
- La visión holística e integral que necesita la gestión clínica es escasa.

- Algunas de las asignaturas “marías” y optativas son las más importantes para la gestión clínica. Por ejemplo:
 - Medicina Preventiva y Salud pública: planificación sanitaria, epidemiología, calidad, metodología, investigación, etc.
 - Historia de la Medicina y Documentación Médica.
 - Seguridad clínica y gestión del riesgo sanitario (suele ser una asignatura optativa solo en algunas facultades).
 - Hay algunas excepciones loables, como la asignatura optativa de la Universidad Complutense de Madrid titulada: *El Producto Sanitario y la Gestión Clínica del Curso Académico 2013-2014*.

Posgrado

En posgrado, ante el déficit que hay en pregrado la cosa cambia radicalmente y hay muchos cursos, algunos muy consolidados y con gran tradición. Destacaré:

- *Máster Gestión Clínica de la Universitat Oberta de Catalunya. Dirigido por Jordi Colomer*
- *Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica UNED-ENS*
- *Máster en Dirección de Unidades Clínicas. Universidad de Murcia. Dirigido por Fernando Carballo*

De esta manera, el ámbito de la formación continua posterior al grado se vuelve fundamental debido a las carencias durante el período de pregrado. También es fundamental debido a que cada profesional va a desempeñar diferentes responsabilidades gestoras. En esta formación destaca la *multidisciplinariedad* y la adaptación a las necesidades de cada profesional.

Dimensiones clínicas que debe tener una buena enseñanza de la gestión clínica:

- Práctica clínica diaria. Comunicación con el paciente.
- Humanización.
- Ética clínica y social.
- Medicina basada en la evidencia.
- Epidemiología y bioestadística.
- Metodología de la investigación tanto cuantitativa como cualitativa.
- Evaluación y mejora de la calidad.
- Economía de la salud.
- Seguridad del paciente y evaluación de riesgos.

Dimensiones gestoras que debe tener una buena enseñanza de la gestión clínica:

- Liderazgo. Empatía. Relaciones Humanas.
- Dirección por valores y objetivos.
- Planificación y evaluación.
- Organización y control.
- *Benchmarking*. Comparación.
- Gestión económica.
- Elaboración e interpretación de cuadros de mandos.
- Acuerdos de gestión, contratación.
- Sociología de la salud.

En resumen, la gestión clínica es un hecho transdisciplinar *más que una disciplina concreta*. Un conjunto de prácticas holísticas que trascienden las normales etiquetas del saber, sin por ello ignorarlas. Hay que comprender la naturaleza pluralista de la disciplina y encarar sus conocimientos sin pensar en diferentes disciplinas aisladas, sino integradas y enfocadas en un fin.

Y sus fines son:

- Ganar más salud...
- Añadir vida a los años y no solo años a la vida: aumentar la calidad de vida y disminuir la dependencia futura...
- Hacerlo a un coste socialmente asumible...
- Con la mejor evidencia científica y calidad...
- De manera aceptable y aceptada por el paciente y la sociedad...
- Evitando la medicalización, el encarnizamiento terapéutico.

Bibliografía general

- Arenas Díaz CA. Gestión Clínica: ¿Moda o necesidad? 2013. Redacción Médica. Accesible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/gestion-clinica-moda-o-necesidad-7194>
- Arenas Díaz, CA. Sostenibilidad del Sistema Sanitario en España. Sedisa Siglo XXI. Noviembre 2011. Accesible en: <http://www.sedisasigloxxi.com>
- Avances en Gestión Clínica. Blog de Jordi Varela. Accesible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/>
- Fundación Gaspar Casal. Gestión Clínica. 2011. Accesible en: <http://www.fgcasal.org/publicaciones/GCAplicada%20a%20Unidades%20del%20Dolor.pdf>
- Gestión Clínica y Sanitaria. Blog de la Revista GCyS. Accesible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>