



Gestión clínica en Atención Primaria: alcance, utilidad, oportunidades y amenazas

M. BERCHID DEBDI

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Villacarrillo. Unidad Clínica de Villacarrillo. Distrito Agrupación Nordeste-Úbeda.

■ GESTIÓN CLÍNICA. CONCEPTO

El término Gestión Clínica tiene múltiples definiciones. La que más se ajusta y nos satisface es la que hace referencia a el mejor uso de los recursos humanos, tecnológicos, intelectuales, organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos. Optimizar al máximo nuestra práctica clínica diaria en aras de conseguir el máximo beneficio desde todos los puntos de vista al paciente que acude a nuestra consulta.

Implica, pues, la mejora de los procesos asistenciales, la organización de las unidades clínicas y el conocimiento clínico. Su principal objetivo es mejorar la calidad del servicio sanitario e implicar a todos los profesionales que participan en él.

Si analizamos este concepto, podemos fácilmente apreciar que los médicos siempre han hecho gestión clínica en su actividad diaria, pues al atender a un paciente siempre se movilizan todos los recursos necesarios para conseguir en la medida de lo posible la mejora de su estado de salud.

Pero las crecientes demandas de los ciudadanos sobre más y mejores servicios sanitarios, el carácter limitado de las partidas presupuestarias asignadas a dichos servicios, los cambios en la relación médico-paciente, la gran variabilidad en la práctica clínica, la utilización inadecuada de los recursos para la asistencia, la introducción de mecanismos de gestión empresarial en los centros sanitarios (Unidades, empresas públicas, Fundaciones, etc) y el imparable desarrollo e incorporación de nuevas tecnologías, ha-

ce que la atención sanitaria en el signo XXI se vaya a mover en escenarios cambiantes y complicados.

Es en este contexto donde surge la Gestión Clínica, como una iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica, y propone la organización de los profesionales de los EBAP en Unidades Clínicas con autonomía de gestión. Pero no lo hace en el sentido tradicional del concepto, sino que añade tres aspectos novedosos:

1. Abordaje de la dirección de las organizaciones sanitarias. Descentralización de la toma de decisiones.
2. Evaluación permanente de la actividad asistencial
3. Implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que emplean en la atención a sus pacientes.

Practicar Gestión Clínica es integrar la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles. Es decir, la gestión clínica trata de favorecer la obtención de los mejores resultados asistenciales con la aplicación del conocimiento organizado, mediante la evaluación de resultados de producción, calidad y costes.

En Gestión Clínica se delimitan tres niveles de actuación y cualquier decisión que se tome en cualquiera de ellos tiene un reflejo en los costes de la asistencia que se pone de manifiesto automáticamente en la cuenta de resultados de la unidad y en los estándares de calidad de la misma. Estos niveles son:

1. Gestión de la asistencia sanitaria individual: se refiere a la elección de un determinado tratamien-



to o intervención para un paciente concreto. Es el aspecto más relevante de la Gestión Clínica, 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 aplican en condiciones ideales los conocimientos clínicos. La gran variabilidad clínica existente se debe a la incertidumbre que suele haber en este punto.

2. Gestión de los Procesos Asistenciales: se refiere a la efectividad clínica y mide los beneficios obtenidos por un paciente o 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.

3. Gestión de la Unidad o de la Utilización de los Recursos: Se refiere a la eficiencia, esto es, a la relación entre los beneficios obtenidos y los costes que se han empleado en obtenerlos.

Los profesionales que se incorporen a una Unidad Clínica 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.

En cada uno de los tres niveles delimitados para la Gestión Clínica existen métodos y sistemas de información para mejorar la toma de decisiones; así, para el primer nivel o nivel de gestión de la asistencia sanitaria individual, la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica y centradas siempre en los procesos más frecuentes, prevalentes, graves o que más recursos consuman, la sensibilidad, especificidad y valor predictivo, cuando se trate de pruebas diagnósticas, son herramientas muy valiosas para gestionar la eficacia.

En el segundo nivel o gestión de los Procesos Asistenciales, el desarrollo de programas de mejora de procesos, de igual modo centrado en aquellos que sean más relevantes para la Unidad, es un sistema que permite gestionar la efectividad.

En el tercer nivel, o gestión de recursos, el análisis del presupuesto clínico, los costes de los materiales o fármacos que utiliza la unidad, es una medida útil en la mejora de la eficiencia.

La Gestión Clínica parece haberse convertido en la actualidad en el núcleo fundamental de la gestión sanitaria y principal motor de una nueva reforma sanitaria, una vez constatado el fracaso de las estrategias tradicionales (gerencialismo, planificación, contención de gasto, etc). Desde el punto de vista estratégico, la Gestión Clínica pretende responsabilizar

progresivamente a los médicos en la utilización de los recursos, introduciendo de forma simultánea mecanismos de financiación y de incentivación necesarios para que sea posible. Agrada a profesionales y a gestores, dado que los sitúa a ambos en el mismo nivel y hace desaparecer la tradicional asimetría.

En los dos últimos años, y en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se han constituido numerosas Unidades Clínicas en las distintas zonas básicas de salud. Los profesionales que las han constituido lo han hecho de forma voluntaria y manifestando por escrito su deseo de adhesión a la misma. Cada Unidad Clínica sobre la base de la población a la que atiende, el número de profesionales que la componen, los recursos de la misma, etc, tiene una cartera de servicios claramente definida, de que como novedad se añade un proceso de cálculo matemático que asigna a cada objetivo una ponderación y una puntuación, de forma que se puede hacer tangible en un total de puntos que se conoce como índice sintético de la Unidad.

Cada Unidad pacta con el Distrito los objetivos a alcanzar durante el ejercicio presupuestario. Algunos de estos objetivos, la Administración los considera de obligado cumplimiento por parte de la Unidad, por lo que admiten poca negociación y como novedad, la Unidad puede proponer al Distrito, de forma razonada y tras un exhaustivo análisis de la situación, los otros objetivos.

Cada Unidad en función de sus características tiene asociada una cuenta de resultados en la que quedan reflejados todos los gastos e ingresos de ésta. La Unidad debe ajustarse durante el ejercicio presupuestario a dicha cuenta de resultados sin desviarse.

Los incentivos económicos mínimos se fijan inicialmente por parte de la Administración y su consecución va ligada a la de los objetivos pactados en el marco siempre de la cuenta de resultados asignada inicialmente.

Como novedad, dichos incentivos pueden verse multiplicados o seriamente mermados en función de la plaza que ocupe la Unidad en la clasificación que la Administración realiza al final del ejercicio presupuestario de todas las Unidades Clínicas.

■ GESTIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ALCANCE, UTILIDAD, OPORTUNIDADES Y AMENAZAS

Desde mi punto de vista, como médico de Atención Primaria implicado en Gestión Clínica des-

de hace 2 años formando parte de una Unidad Clínica y que ha participado activamente en la elaboración, planificación, desarrollo y seguimiento de nuestro Acuerdo de Gestión con el Distrito, creo que la Gestión Clínica puede suponer una auténtica revolución en la práctica médica desde Atención Primaria.

En nuestra Unidad podemos decir que el entusiasmo ha sido general, al menos inicialmente; no obstante, con el tiempo, estamos observando una tendencia a la relajación y la vuelta al ejercicio tradicional, dado que no se perciben por parte de los profesionales mejoras importantes respecto al modelo anterior y aparecen opiniones que interpretan esta nueva modalidad de gestión como una manera camuflada de contener gastos por parte de los gestores, que tampoco descentralizan de una forma real la toma de decisiones, y la Unidad sigue sometida al control gerencial, aunque con tintes más suaves, si cabe, por parte del Distrito.

Los profesionales tampoco conocen lo que es la Gestión Clínica y plantean serias dudas y reticencias a las ventajas que puede reportar la Unidad Clínica para la actividad profesional, y hay muchos que se suman por inercia más que por convencimiento.

Tal y como está planteada en la actualidad, parece que en el seno de una Unidad Clínica lo único importante es conseguir los objetivos pactados y procurar que la cuenta de resultados no se desvie más de lo debido para conseguir los incentivos económicos prometidos por la Administración. Así es como la perciben la mayoría de los profesionales. Las comparaciones que se establecen con Unidades Clínicas cercanas a la nuestra en numerosas ocasiones desaniman a los miembros de la otra y el tema estrella en todas las sesiones es el gasto de farmacia que, casualmente, suele ser siempre el responsable de todos los descuadres de las cuentas de resultados.

Sin embargo, el seguimiento de la Cartera de Servicios arroja resultados nunca conocidos con anterioridad. A los seis meses de haber firmado el acuerdo de gestión, se habían superado ampliamente muchos de los objetivos reflejados en el índice sintético de la Unidad. A los 12 meses, se habían cumplido todos los objetivos, tanto los marcados por el Distrito como los marcados por la propia Unidad Clínica y se alcanzó un índice sintético superior al 85%. La informatización de la historia clínica ha contribuido de forma notable a ello, aunque los recursos no son suficientes para un pleno rendimiento. El trabajo en equipo de nuestra Unidad, la asistencia regular a reu-

niones y sesiones de formación continuada o de seguimiento de la cuenta de resultados, ha sido espectacular y no se conocen precedentes de nada similar en nuestro centro de salud. Las actividades formativas y los trabajos de formación y de investigación se han multiplicado por parte de varios miembros de la Unidad. Se trabaja mucho y bien en todos los aspectos clínicos y organizativos, pero nuestra capacidad de maniobra y decisión en lo que a partida presupuestaria se refiere es nula. Muchas decisiones son competencia absoluta del Distrito.

Los médicos con algunos años de ejercicio hemos visto pasar muchos autobuses delante de nuestros centros de salud y consultorios locales, cada uno con un lema diferente y parecía que venía a resolvernos todos los problemas que teníamos en Primaria. Desde Alma-Ata hasta la Medicina Basada en la Evidencia, el trasiego no parece tener fin. Ninguno de ellos ha contado con el médico para nada y lo ha reducido a un mero funcionario público que percibe un salario por un trabajo, y que siempre es igual lo haga bien, mal o regular. Nunca ha existido una carrera profesional ni se ha articulado ningún sistema de reciclaje, acreditación o de competencia profesional. El médico durante años se ha encerrado en su labor asistencial y se ha mantenido al margen de lo que se ha referido a gestión. Todo ello unido a otros múltiples factores de índole social, laboral, etc, hace que el profesional se muestre reacio ahora a que se le quiera implicar y hacerle responsable de la Gestión y que forme Unidades Clínicas. Si a esto unimos que ni si quiera muchos saben lo que es y los incentivos asociados a ello tampoco son muy atractivos y casi siempre superados ampliamente por cualquier industria farmacéutica, hace que la auténtica Gestión Clínica en Atención Primaria tarde muchos años en llegar a implantarse. La Medicina Basada en la Evidencia, eje fundamental sobre el que parece girar la Gestión Clínica, tampoco tiene respuestas a todas las decisiones clínicas que hay que tomar a diario en Atención Primaria. Todos sabemos que en medicina lo que hoy es dogma de fe, mañana puede ser cuestionado y modificado por el constante avance de la investigación clínica y eso hace que muchos de nosotros la veamos como una fuente más de información científica, desarrollada al amparo de las nuevas tecnologías.

Antes de constituirnos como Unidad Clínica todos estos temas que se reflejan aquí y otros muchos más salieron a debate en las sesiones que hemos te-



nido previas a la constitución de la misma. No obstante, apostamos por ello y estamos poniendo todo nuestro empeño en conseguir que funcione porque pueden mejorar notablemente la calidad asistencial, favorecen el reciclaje permanente de los profesionales y el trabajo en equipo y la coordinación interniveles se hace indispensable en este nuevo modelo más que en ningún otro. Además, el hecho de trabajar sobre los aspectos patológicos más prevalentes, frecuentes, graves o que más recursos consumen, obliga a realizar trabajos de investigación sobre la población a la que se atiende diariamente, para de esa manera intervenir de forma correcta en el nivel adecuado. Permite la autonomía de los profesionales, y los sitúa en una posición de protagonismo total de la prestación de servicios sanitarios. Puede cambiar tendencias, fomentar la investigación, aumentar la autoestima y el prestigio de los profesionales. Evidentemente aumenta el riesgo, siempre y cuando se vincule a incentivos importantes y consecuentemente la responsabilidad que los profesionales deben asumir. Dentro de unos años podremos evaluar los resultados puesto que ahora estamos empezando.

No obstante, si no se descentralizan más las decisiones y se da a los profesionales más autonomía y consecuentemente la posibilidad de asumir mayores riesgos desde el punto de vista económico, incluyendo cambios en el actual modelo retributivo, esta nueva modalidad de gestión va a variar poco de su antecesora. Paralelamente se debe formar a los profesionales en esta nueva forma de gestión, que la trabajen a fondo y que conozcan las oportunidades que este nuevo modelo, centrado en ellos, les puede brindar.

Hoy en día en muchos centros de salud que se han constituido como Unidades Clínicas, los profesionales no aprecian diferencia alguna entre pertenecer a la Unidad y no pertenecer a ella, y en muchos casos ha dividido y enfrentado a los profesionales de un mismo centro de salud en defensores y detractores de la Gestión Clínica.

Tal y como se ha planteado en Primaria, la Unidad Clínica se está interpretando como un contrato-programa más, de tantos que se hacen cada año, se comenta en un par de reuniones y luego nadie mira ni recuerda. No se ha explicado de forma clara y genuina la esencia de su filosofía, quizás porque ni siquiera los que debían presentarla tenían el suficiente conocimiento acerca de la misma.

La información relativa a población asignada, cupos, asegurados, tampoco se actualiza de forma re-

gular y los listados que nos envían siempre están mal confeccionados. Las partidas presupuestarias no se ajustan con frecuencia al número de profesionales ni al de asegurados ni a las características peculiares de la población a la que se atiende ni a los movimientos de la misma.

Se trata de un producto sanitario que, a pesar de estar en la era de la informática, aún nadie sabe definir y mucho menos medir de forma adecuada, a pesar de ser Primaria el nivel que mayor presión asistencial soporta. Esto hace que el profesional a la hora de negociar esté completamente desorientado en cuanto a la situación de partida y se ve obligado a asumir un presupuesto, más que consensuado o razonado, impuesto por la Administración. El flujo de información con el Distrito relativo al seguimiento de la Unidad Clínica es muy deficiente y salpicado de errores, que aumentan la desconfianza de los profesionales. La cartera de servicios se basa en un sistema informático aún no depurado ni acabado y con numerosos errores que repercuten en las auditorías. Los controles de calidad realizados por las gerencias se limitan a dudosas encuestas de satisfacción de los usuarios que realizan empresas desconocidas a las puertas de nuestros centros de salud y llamadas telefónicas falsas pidiendo cita o solicitando información que hay que contestar antes de la segunda llamada y que arrojan resultados de lo más pintorescos, que repercuten en las cuentas de resultados. Las reuniones de seguimiento programadas con el Distrito, además de no concordar nunca nuestros datos con los suyos, se basan en el capítulo I, capítulo II y gasto de farmacia, sin darle más trascendencia a la calidad asistencial que la Unidad presta a la población. Los resultados no miran nunca el trabajo realizado, nadie valora si los profesionales están utilizando las últimas guías de práctica clínica en su labor asistencial, o si prescriben con arreglo a la mejor evidencia posible en el momento, sino las estadísticas enviadas al Distrito en la fecha convenida. Creo que si ésta es la Gestión Clínica que se quiere para Atención Primaria, no es seria. El trabajo que realizan los profesionales día a día no se puede echar por tierra por culpa del teléfono o la opinión de los asegurados que, hasta llegar al médico, tienen que pasar por otros muchos profesionales, cuya labor es ajena a la del profesional o por un papel que no llega por cualquier motivo al Distrito correspondiente.

Tampoco es de recibo fijar unos objetivos de asistencia (número de pacientes que pasan por con-

sulta médica, consulta de enfermería, urgencias, etc). La población acude a su médico cuando cree que debe hacerlo y no se pueden establecer cifras, obligar a cumplirlas y puntuarlo en el índice sintético de la cartera de servicios de la Unidad y mucho menos sancionar por ello. La Administración sanitaria aún no ha desarrollado mecanismos eficaces de control para poder medir la eficacia, efectividad y eficiencia de las Unidades Clínicas creadas en Atención Primaria, es más se siguen utilizando mecanismos de la época gerencial, lo que aumenta aún más el desconcierto y la desconfianza de los profesionales.

La principal ventaja que veo a la Gestión Clínica, en su sentido más genuino, es que liga a la actividad profesional la necesidad de una formación médica continuada, que a su vez de forma implícita va a repercutir en una mejor calidad asistencial. En este sentido cabe señalar que ya en mi época de estudiante en muchos departamentos y servicios del Hospital Universitario, en la época pre-gerencial, se hacía Gestión Clínica y la lideraban los Jefes de Servicio motivados, con una gran formación científico-técnica, y preocupados por la docencia, la investigación, los costes y, en definitiva, en dar lo mejor a los pacientes. Se hacían sesiones clínicas documentadas, revisiones bibliográficas sistemáticas, actualizaciones y puestas al día en numerosos y variados temas, se cuestionaban tratamientos y había una preocupación por la eficiencia. Hace 12 años mi tesina valoraba dos tratamientos diferentes para una misma enfermedad, analizando costes, estancia hospitalaria, bienestar del paciente, etc. Por todo ello, cuando ahora se nos presenta la Gestión Clínica como novedad, no me resulta nada novedosa si no fuera porque entonces las búsquedas bibliográficas las hacíamos manualmente, durante semanas o meses en la hemeroteca de la facultad, y ahora las hacemos con Medline, por Internet, sin movernos de nuestra casa y en 15 minutos. En algunas búsquedas (Medicina Basada en la Evidencia) se nos ahorra muchísimo trabajo, que antes no había más remedio que hacer y consultar, artículo en mano, con matemáticos y estadísticos. No teníamos Guías de Práctica Clínica ni de Mejora de Procesos, pero buscábamos la mejor evidencia existente en ese momento y la aplicábamos. Se buscaba calidad.

Los médicos siempre hemos hecho de alguna manera Gestión Clínica y seguimos haciéndola en mayor o menor medida. Ahora se nos pide añadir a la que veníamos haciendo la gestión de otros recur-

sos (humanos, materiales, etc), se pretende responsabilizarnos de ella, después de habernos apartado y mantenido al margen durante años. Dar ese paso, sin percibir cambio alguno, costará mucho trabajo.

Los distintos niveles que intervienen en la asistencia sanitaria de un Sistema Nacional de Salud son: políticos, que dependen de unas elecciones y llevan unas promesas electorales; los distintos planes estratégicos; gerentes; directores, con objetivos fundamentalmente economicistas y preocupados por sus partidas presupuestarias; y en último lugar están los profesionales responsables de la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos. Hacer Gestión Clínica sin poder influir en ninguno de los niveles anteriores y siguiendo las directrices que ellos marquen a menudo es difícil. Esto desalienta mucho al profesional que trabaja en primera línea, conocedor en muchas ocasiones de la realidad de la población a la que atiende, y hace que muchas veces todo esto le suene a música celestial, sobre todo cuando ahora se le llama para ser el centro de la Gestión Clínica.

Si se pretende implantar de forma seria en Primaria la Gestión Clínica, hay que realizar previamente grandes cambios y romper muchas barreras con las que el profesional implicado se topa.

Es imprescindible que Primaria y sus hospitales de referencia trabajen en consonancia porque, queramos o no, toda Unidad Clínica va a tener su hospital de referencia; su influencia en su cuenta de resultados también es decisiva. O se arbitran unas normas de funcionamiento para todos aquellos aspectos que afecten a los pacientes que ambas atienden, o será difícil la viabilidad de muchas Unidades de Primaria, dado que el mapa sanitario en lo que a hospitales se refiere tampoco permite mucho juego. Aunque exista libre elección de especialista y hospital, no debemos perder de vista que la mayoría absoluta de los ciudadanos seguirán acudiendo a sus hospitales de referencia.

Es de gran importancia también quién liderará la Unidades Clínicas. En este punto hay que destacar que o las lidera el profesional mejor formado y de mayor prestigio, con inquietudes científicas y con autonomía suficiente e independencia para ser creíble por el resto del equipo, y con capacidad de decisión (obligatoriamente debe ser un médico y elegido libremente por los profesionales implicados), o estará abocada al fracaso.

Paralelamente, se deben arbitrar mecanismos para que aquellos profesionales que no se incorporen



a las Unidades o se retiren de ellas, sepan claramente cuál es su situación respecto a la Unidad, y la de ésta respecto a ellos; quién será su referente en cuanto a gestión y cómo se verán afectadas las distintas partidas presupuestarias.

Las Unidades de Atención al Usuario deben depender de forma orgánica y funcional de las Unidades Clínicas y no funcionar separadamente como parece ser que ocurre en la actualidad. O bien diferenciarlas totalmente, que sería la otra opción, aunque parece poco razonable. Es conveniente si se

quiere hacer Gestión Clínica que el responsable se libere de la función asistencial, total o parcialmente, sin que su retribución se vea mermada ni su carrera profesional, como ocurría hasta ahora.

No obstante, y a pesar de ello, somos cada vez más los profesionales que estamos apostando por la Gestión Clínica y las Unidades Clínicas. Estamos dando nuestros primeros pasos con entusiasmo en esta nueva modalidad y esperamos que la Administración poco a poco vaya contribuyendo, adoptando medidas eficaces, efectivas y eficientes que contribuyan a su implantación.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. **Bonfil IX.** Información Clínica y Gestión. Medicina Clínica. Barcelona, 1995
2. **Bravo Toledo R, Campos Asensio C.** Medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine). Jano 1997; III(1218): 71-72.
3. **Servicio Andaluz de Salud.** Plan Estratégico. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000, Sevilla, 2000. Ed. Servicio Andaluz de Salud.
4. **García Alegría J, Pérez Lázaro JJ.** Nuevas formas de gestión clínica. Rev And Pat Digest 1999; 22 (4): 191-201.
5. **Martínez Olmos J.** Atención primaria: propuestas para una segunda reforma. Revista Administración Sanitaria 1998; II (6): 283-295.
6. **Martínez Olmos J.** Reformas sanitarias en Europa: elementos comunes y diferencias. Cuadernos de Gestión 1998; 4 (4): 173-179.
7. **Ortún V.** ¿Conocimientos para gestionar? Gestión Clín San 1999; 1 (1): 5-6.
8. **Pérez Lázaro JJ, Pérez Cobo G, García Alegría J, Díez García F.** Futuro de la Gestión Clínica. Gestión Hospitalaria 1999; 10 (3):114-120.
9. **Rodes J, Trilla A.** Fórmulas para la integración de la formación básica y clínica en medicina. Med Clin 1999; 113: 379-382.
10. **San Ortiz J.** Tecnología y beneficencia del enfermo. Medicina Clínica 1999; 112 (10): 380-383.
11. **Sevilla Pérez F.** Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma del Sistema Nacional de Salud. Rev Administración Sanitaria 2000; IV (13): 63-83.