Introducción

• CAPÍTULO 1 •

Introducción a la Gestión Clínica

J. Alcalde Escribano, J. I. Landa García, P. Ruiz López

A lo largo de su corta existencia, la asistencia sanitaria pública en nuestro país ha pasado por una primera fase de expansión, caracterizada por la frase "la salud no tiene precio", posteriormente, por otra de control del gasto sanitario con la introducción del concepto de "eficiencia" y, finalmente, nos encontramos en la etapa de la Gestión Clínica o del protagonismo de los profesionales. Lo que significa que las iniciativas desarrolladas desde dentro del sistema sanitario y a través de los profesionales, podrán optimizar la calidad de la asistencia y controlar el gasto sanitario.

Las iniciativas desarrolladas desde dentro del sistema sanitario y a través de los profesionales, podrán optimizar la calidad de la asistencia y controlar el gasto sanitario

Se reconoce que el gasto sanitario tiene una tendencia al crecimiento incontrolado por dos hechos fundamentales: el aumento de la población general en los últimos años producido por una emigración descontrolada, que se escapa totalmente de nuestra actuación, y la utilización inapropiada de alta tecnología. En este sentido, se acepta que hasta en un 30% su utilización es inapropiada, fruto en ocasiones de la presión de las casas comerciales junto a determinados profesionales.

Ante el constante desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, del compromiso ético de ofertar lo mejor a nuestros pacientes y la necesidad de contener el gasto sanitario, surge el concepto de "Evaluación de Tecnologías Médicas". Se trata de promover la utilización adecuada de la tecnología desde aspectos de eficacia, seguridad y eficiencia. Previamente a la incorporación de nuevas tecnologías, es imprescindible crear grupos de trabajo que provistos de la información científica necesaria, promuevan el consenso de los profesionales sobre la conveniencia o no de aplicarlas y la forma de realizarlo, con el fin de lograr el máximo potencial de nuestros recursos en términos de personas y tecnología disponible. En este sentido, no hay que olvidar el apoyo de algunas agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, cuya misión es elaborar Guías de Práctica Clínica y evaluar tecnologías. Además, algunos centros hospitalarios disponen de una Comisión de Tecnología y Adecuación de Medios Diagnósticos y Terapéuticos, que evalúa la pertinencia de incorporar nuevas tecnologías, equipos, procedimientos, etc.

También el envejecimiento de la población podría jugar un papel en el aumento del gasto sanitario. Se ha afirmado, que en un año cualquiera, las personas de más de 65 años tienen un gasto *per capita* entre 3 y 5 veces superior al resto de la población. Casi todos los economistas coinciden en responsabilizar a este fenómeno demográfico, característico de los países más desarrollados, de gran parte del incremento de los costes sanitarios. Sin embargo, este hecho no es demostrable fácilmente e incluso, hay quien afirma que no es real y, es tan sólo, un hecho limitado, ya que el envejecimiento de la población es lento y progresivo y el incremento del gasto sanitario es más rápido.

No obstante, en nuestro país, existen condiciones particulares que sí pueden gravar el envejecimiento de la población. Así, podemos citar una mayor incidencia de efectos adversos en la población mayor de 65 años, con una clara implicación en el aumento de estancias hospitalarias y costes. También los escasos recursos de atención sociosanitaria con los que contamos, que pudieran ofertar un

colchón más económico a la supra-utilización de los recursos hospitalarios por procesos crónicos en personas de edad avanzada, y el excesivo y descontrolado gasto farmacéutico de estas personas. Este último, junto con el del resto de la población general; el crecimiento del gasto farmacéutico en los últimos años está entre dos y cinco puntos por encima de los presupuestos sanitarios. Y el futuro puede ser peor, ya que los fármacos preventivos son un negocio en alza.

Por otra parte, la interpretación subjetiva de las prestaciones ofertadas por la administración y reclamadas como derechos por los pacientes, la progresiva "medicalización" de la sociedad por la influencia de los medios de comunicación y los propios médicos, junto a los intereses económicos de las empresas farmacéuticas, también ejercen una influencia negativa sobre el gasto sanitario. La creación de expectativas fundamentadas en la continua intervención médica, conlleva que a mejores niveles de salud se responda con una mayor preocupación y ansiedad respecto al enfermar, y una lógica demanda de cuidados que hacen que las expectativas de los pacientes sean difíciles de superar. En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante. Cuanto mayor es la oferta de salud, más gente se considera con problemas de salud, necesidades y enfermedades. Cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos.

Este sería, de una forma resumida, el escenario que hace que miremos al futuro con cierta preocupación. Como respuesta a ello, el sector político ha manifestado su intención decidida de avanzar por tres caminos: separar la financiación sanitaria (seguirá siendo pública) de la atención asistencial o provisión de servicios (que podrá ser pública o privada), autonomía progresiva de los centros sanitarios y libertad de elección de centro y facultativo por parte de los pacientes. Para corregir el gasto sanitario, la administración sólo podría optar por el aumento del gasto público, por una mayor participación de los beneficiarios mediante el aumento del copago, por la reducción de prestaciones en el catálogo público o por mejorar la gestión clínica con una mayor implicación de los profesionales.

El constante desarrollo de los sistemas informáticos está facilitando el libre acceso a la información científica, lo que facilita sin duda la toma de decisiones por parte de los profesionales, pero también está permitiendo un mejor acceso tanto de los usuarios como de la administración a la información sobre datos clínicos e indicadores de gestión, por lo que a medio plazo los profesionales podríamos ver que nuestros resultados sean del conocimiento público. Todo esto, unido a la posibilidad de ver cumplidas las promesas políticas de libre elección de médico y de centro sanitario, conducirá probablemente en los próximos años a la competitividad regulada entre los distintos proveedores de servicios sanitarios, incluyendo hospitales públicos y privados, que se verá complementada con nuevas formas de establecer medidas comparativas de desempeño clínico (resultados) y de los costes (eficiencia), entre distintos centros y unidades gracias al rápido desarrollo informático.

Actualmente, los expertos coinciden en que mejorar la eficiencia es la mejor solución para garantizar la continuidad de nuestro sistema sanitario, mediante la disminución del consu-

Actualmente, los expertos coinciden en que mejorar la eficiencia es la mejor solución para garantizar la continuidad de nuestro sistema sanitario

mo innecesario de algunos recursos, al mismo tiempo que se rentabilizan otros y se mejora la calidad de la atención a nuestros pacientes. Avanzar por ese camino obligará a los políticos a descentralizar en gran medida la gestión sanitaria, introducir nuevos instrumentos de gestión empresarial que ayuden a mejorar la eficiencia e implicar a los profesionales sanitarios en la Gestión Clínica.

La Gestión Clínica significa gestionar unidades asistenciales mediante el compromiso responsable de los profesionales en la consecución de objetivos. Implica descentralizar progresivamente la organización hospitalaria con vistas a dotar a las unidades asistenciales de autonomía suficiente para que los clínicos se responsabilicen de:

- Gestionar los recursos asignados a la unidad incrementando su eficiencia.
- Mejorar la calidad de la asistencia mediante la gestión de los procesos.
- Motivar a los miembros de la unidad y promover su desarrollo profesional.
- Fomentar el trabajo en equipo entre diferentes estamentos y especialidades.
- Promover su actualización continua.
- Posicionar competitivamente a la unidad en el contexto de la especialidad.

Descentralizar las organizaciones sanitarias implica trasladar progresivamente la capacidad de decisión de los clínicos

Descentralizar las organizaciones sanitarias implica trasladar progresivamente la capacidad de decisión de los clínicos, porque disponen de una valiosa información que les dota de capacidad de respuesta inmediata, ya que desempeñan su labor profesional en el lugar mismo donde se generan los problemas, incrementando así la capacidad resolutiva de la institución y su eficiencia. Para ello, es necesario que clínicos y gestores se entiendan con unos objetivos y un lenguaje común, lo que condiciona que los médicos asistenciales deberán adquirir conocimientos sobre gestión sanitaria.

El desarrollo de la Gestión Clínica dentro de un área asistencial, ayuda a mejorar los resultados clínicos, la optimización de los recursos empleados y la satisfacción de los usuarios, al mismo tiempo que permite dar una respuesta más rápida y eficaz a otros profesionales que requieren nuestros servicios (clientes internos), lo que nos sitúa en una posición más competitiva y de mayor motivación profesional, tan necesaria en estos momentos.

El desarrollo de la Gestión Clínica requiere disponer de información actualizada sobre indicadores de gestión hospitalarios

El desarrollo de la Gestión Clínica requiere disponer de información actualizada sobre indicadores de gestión hospitalarios (estado de las listas de espera, demora en consultas externas, resultados clínicos, consumo de recursos, satisfacción de los pacientes, etc.), con vistas a posibilitar una respuesta ágil y eficaz ante problemas concretos que permita mantener y mejorar los niveles de calidad ofertados. Para ello, es imprescindible disponer de un Sistema de Información General del hospital y de un Subsistema Informático Específico del Servicio o Unidad donde se desea trabajar.

1. Sistema de información general del hospital. Con vistas a facilitar la toma de decisiones de los profesionales, los sistemas informáticos hospitalarios están incrementando progresivamente su oferta, entre la que se encuentra información referente a pruebas diagnósticas, estado de las listas de espera, agendas de con-

sultas externas, documentos de historias clínicas e informes, y principalmente la que se refiere a la explotación del "Conjunto Mínimo Básico de Datos" (CMBD) y a los indicadores de gestión derivados del sistema de agrupación de pacientes "Grupos Relacionados de Diagnósticos" (GRD).

Con vistas a poder evaluar y comparar la producción de los distintos servicios, es preciso relacionar los indicadores de su actividad asistencial (estancia media, mortalidad, etc.), con las circunstancias concretas de los pacientes que trata cada uno de ellos (diagnóstico principal, comorbilidad, procedimiento quirúrgico). Este intento de definir la casuística o diversidad de pacientes atendidos en los diferentes servicios hospitalarios, es lo que se conoce como *case-mix*. Para conseguir una aproximación al *case-mix* de los distintos servicios hospitalarios, se ha desarrollado un sistema de información sanitaria conocido como (CMBD).

El CMBD surge de un acuerdo para definir el menor número de variables que siendo recogidas en cada episodio de hospitalización, permitan disponer de una información con máximas aplicaciones clínico-administrativas. Nació en 1983, cuando la *Health Care Financing Administration* (HCFA), creó el CMBD para cuantificar los pagos de hospitalización de los pacientes del *Medicare*. Posteriormente, se introdujo extensamente en Europa y, en 1993 el INSALUD dictó una norma que obligaba a la recogida de las variables del CMBD en todos sus hospitales. Actualmente, es utilizado en toda España aunque algunas Comunidades Autónomas, han introducido otras variables. El Servicio de Admisión de cada hospital suele recoger las variables administrativas, mientras que los datos clínicos se obtienen a partir del informe de alta o de la propia historia clínica, lo que otorga un papel preponderante al médico responsable del paciente. Posteriormente, esta información es introducida en una base de datos siguiendo los 25 códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC). Una vez ordenada la información, se introduce en un sistema de clasificación de pacientes que nos permita aproximarnos al *case-mix*. En Europa existe la creencia generalizada de que el sistema denominado "Grupos Relacionados por el Diagnóstico" es el más eficaz y el que aporta mayor experiencia de todos los disponibles en la actualidad.

El sistema GRD clasifica los distintos episodios de hospitalización en grupos con un consumo de recursos similar en relación con las estancias hospitalarias realizadas. La versión más utilizada en nuestro país es la 14.0, que incluye 809 grupos entre los que existen 5 GRD no válidos. Posteriormente, el programa informático transforma los datos del CMBD en diferentes grupos del sistema GRD, discriminando los pacientes a partir del diagnóstico principal, existencia o no de procedimiento quirúrgico, diagnósticos secundarios, etc. La ventaja fundamental de aplicar un sistema de clasificación de pacientes con expresión de la casuística como el GRD, es la posibilidad de estandarizar determinados indicadores clínicos (estancia media, mortalidad, etc.), sin que el efecto de esta casuística nos lleve a confusión.

Los indicadores para la gestión clínica se analizan mediante comparación de nuestros resultados con los de un patrón (estándar) previamente tomado como modelo o referencia. Durante los últimos años de la etapa pretransferencial del

INSALUD, se ha venido elaborando un estándar anual para cada grupo o nivel hospitalario, utilizando para ello las bases de datos de distintos hospitales españoles.

Actualmente, el sistema GRD permite realizar comparaciones directas del producto (resultados sobre los pacientes) de distintos proveedores de asistencia sanitaria (hospitales). Todo ello facilitará al financiador (administración) poder comparar y elegir entre los proveedores (hospitales) el mejor servicio que le ofrezcan, así como negociar incentivos para promover la competencia regulada entre los distintos centros. Por todo ello, es importante que los profesionales nos familiaricemos con los indicadores de gestión, ya que nos permitirán planificar estrategias para mejorar nuestros resultados y disminuir el consumo de recursos (eficiencia), situándonos en mejor disposición para negociar objetivos. Por otra parte, debemos ser conscientes de que a medio plazo el sistema informático de los hospitales, permitirá disponer de la historia clínica informatizada de cada paciente junto con toda su documentación integrada, en cualquier puesto de trabajo del hospital.

2. *Subsistema informático local o específico de la Unidad o del Servicio.* Se trata de un sistema informático local con datos que únicamente interesan a los profesionales del servicio y por lo tanto no suele estar disponible en el sistema informático general del hospital. Puede estar constituido por diferentes bases de datos o mejor aún, por un programa más complejo que permita consultar de forma integrada toda la información. En este sentido, la AEC ha ofertado a los profesionales una base de datos integrada para facilitar la Gestión Clínica de los servicios quirúrgicos. Desde un punto de vista práctico, los aspectos más interesantes que se deben gestionar son los siguientes:

– *Lista de espera quirúrgica (LEQ):* el sistema informático general del hospital nos puede ayudar aportando datos sobre el estado general de la LEQ, sin embargo, actualmente se considera necesario gestionar la LEQ estableciendo diferentes prioridades al incluir a los pacientes en ella, al mismo tiempo que se fija un plazo máximo de demora en función de las características clínicas de cada paciente.

– *Datos clínicos de los pacientes tratados:* diagnósticos principal y secundarios, tratamiento quirúrgico en CMA o mediante cirugía con ingreso, tipo de procedimiento quirúrgico realizado, etc.

– *Indicadores de procesos asistenciales:* la vigilancia periódica de los procesos más representativos del servicio (tiroidectomía, colecistectomía laparoscópica, etc.), permitirá descubrir desviaciones sobre los objetivos previstos (morbimortalidad, estancia preoperatoria, infección de la herida, etc.), y facilitará el seguimiento de las vías clínicas implantadas en el Servicio. Con vistas a facilitar esta labor, la AEC está ofertando progresivamente información referente a indicadores y estándares de ámbito nacional sobre procesos quirúrgicos frecuentes (cáncer colorrectal, colecistectomía, hernirrafía inguinal, etc.).

– *Cuadro de indicadores generales de hospitalización (cuadro de mando):* nos permite monitorizar diferentes aspectos relacionados con la hospitalización, como el índice de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas o los sucesos adversos acontecidos en nuestra Unidad (mortalidad y sus causas, complicaciones, infecciones nosocomiales, reingresos no programados, recidivas, etc.).

Un indicador se puede entender como la medida cuantitativa de algún aspecto relevante del proceso expresado en porcentaje. Un ejemplo de un indicador sería: (número de intervenciones quirúrgicas suspendidas/número total de intervenciones quirúrgicas) x 100, y el estándar (nivel máximo tolerable para este indicador) podría ser < 5%. El seguimiento periódico de un indicador en relación con un estándar predefinido se denomina monitorización.

La monitorización de determinados indicadores nos permitirá controlar su evolución en el tiempo y compararlos con estándares previamente fijados. Los estándares expresan el valor mínimo que aspiramos a alcanzar para cada indicador, se pueden obtener mediante revisión de datos históricos del servicio, de otros grupos profesionales o de referencias bibliográficas, pero siempre deben sustentarse en los conocimientos científicos más actuales y en el consenso de los profesionales implicados en el proceso asistencial.

La *American Productivity and Quality Center* (APQC), define el *benchmarking*, como el método mediante el cual se analizan y comparan permanentemente los procesos empresariales de una organización, respecto de las organizaciones líderes de cualquier lugar del mundo, con el fin de obtener la información necesaria para ayudar a mejorar la actuación. Para ello, existen unos requisitos básicos como son: conocerse a sí mismo, mirar al exterior y tener predisposición de cambio para mejorar. El *benchmarking* es un proceso dinámico que supone asumir una apuesta por el cambio y la mejora continua.

El benchmarking *es un proceso dinámico que supone asumir una apuesta por el cambio y la mejora continua*

El hospital debe ser entendido como una empresa de servicios que gestiona el conocimiento médico, desarrollando una serie de procesos con unos resultados de valor para los pacientes y la sociedad en la que se encuentra integrado. Es imprescindible que la capacidad de liderazgo de los responsables del servicio fomente una dinámica de actualización continua de conocimientos, responsabilizando a distintos grupos de profesionales de los procesos asistenciales (área de coloproctología, hepatobiliopancreática, etc.), que conforman la cartera de servicios.

La forma más sencilla de actualizar la información científica es consultar las diferentes bases de datos disponibles en internet. En este sentido se ha desarrollado durante las dos últimas décadas el concepto "Medicina Basada en la Evidencia" (MBE), que aporta una metodología concreta para seleccionar las mejores evidencias de la investigación clínica más actual. La MBE reúne dos componentes, de un lado la experiencia clínica individual y de otro, la mejor evidencia clínica disponible derivada de la búsqueda sistemática. La revisión sistemática de la literatura es la herramienta que utiliza la MBE, para seleccionar artículos científicos. Su mayor debilidad radica en considerar que sólo es válida la evidencia científica que procede de los ensayos clínicos controlados, desdeñando la que haya sido obtenida a través de otro tipo de metodología que puede ser más representativa de la práctica médica habitual.

Con vistas a disminuir la dificultad existente para analizar la gran cantidad de información publicada diariamente, se ha creado la *Cochrane Library* que pone a disposición de los profesionales, diferentes bases de datos con abundante información seleccionada y de gran calidad sobre revisiones sistemáticas, ensayos clí-

nicos controlados, etc. Por otra parte, los informes de algunas asociaciones científicas y de las distintas agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias existentes, pueden ser de gran utilidad en la toma de decisiones y en la búsqueda de consenso.

El servicio que pretendemos gestionar debe disponer de una Cartera de Servicios, que es el conjunto de prestaciones que somos capaces de ofertar a la sociedad y a la Administración. Cuando esta oferta se realiza mediante un conjunto de procesos asistenciales, con información sobre unos niveles de calidad concretos (resultados clínicos principalmente) y un consumo de recursos determinado (estancia media, demoras de listas de espera, etc.), se conoce como Cartera de Servicios.

La gestión de procesos es la metodología necesaria para mejorar la capacidad resolutiva de la unidad y su eficiencia, ya que los resultados globales de la unidad dependen de los conseguidos en cada uno de los procesos, para ello es imprescindible definirlos, evaluarlos y mejorarlos constantemente.

En un Servicio de Cirugía existen dos tipos de procesos asistenciales, los primeros considerados como procesos generales que conforman la organización de diversas estructuras hospitalarias (planta de hospitalización, consultas, quirófanos, etc.) y permiten el desarrollo de otros más específicos que son los procesos clínicos (colecistectomía, etc.).

Un proceso asistencial es un conjunto de decisiones y actuaciones concretas, organizadas secuencialmente a lo largo de una trayectoria que se puede representar mediante un diagrama de flujo. La gestión de los procesos requiere: definirlos, nombrar responsables, establecer las mejoras oportunas y revisarlos periódicamente evaluándolos mediante indicadores y su comparación con estándares. La metodología para lograr la mejora continua de los procesos es la descrita en el Ciclo de la Calidad. Se basa en analizar la información que nuestros propios procesos nos proporcionan, identificar problemas analizando sus causas, plantear posibles alternativas, implantar medidas correctoras, monitorizar los resultados y reiniciar el ciclo nuevamente. Es fundamental reducir la complejidad de los procesos evitando repeticiones innecesarias con vistas a incrementar su eficiencia.

Como la cadena asistencial de los procesos se repite con cada paciente y en cada uno de ellos interviene un gran número de profesionales, merece la pena seleccionar los procesos clave (más frecuentes y con mayor impacto) de nuestro servicio con vistas a mejorarlos, disminuyendo su variabilidad clínica y la ineficiencia del propio proceso.

Las VC son planes asistenciales sustentados en la evidencia científica, aplicados a pacientes cuyo proceso asistencial presenta un curso clínico habitualmente predecible

En este sentido, se han venido desarrollando durante los últimos años los Protocolos Clínicos y más recientemente han sido introducidas en nuestros hospitales las Vías Clínicas (VC). Las VC son planes asistenciales sustentados en la evidencia científica, aplicados a pacientes cuyo proceso asistencial presenta un curso clínico habitualmente predecible. El aspecto más interesante de las VC es su capacidad para coordinar los intereses de los profesionales (resultados clínicos, autonomía etc.), los del paciente (calidad percibida, in-

formación, etc.) y los de la administración (evitar reclamaciones, eficiencia, etc.), haciéndolos caminar en una misma trayectoria.

Las VC facilitan la evaluación de los resultados mediante la comparación de los indicadores específicos del proceso con estándares definidos previamente. Por otra parte las VC, al igual que los protocolos, suponen un soporte jurídico muy valioso ante un eventual litigio, ya que representan la expresión de la *Lex Artis* consensuada por los profesionales.

En lo referente a los resultados publicados tras la aplicación de las VC, algunos de los estudios informan de una disminución de las complicaciones, pero son más frecuentes los que comunican una mejoría en la eficiencia del proceso, disminuyendo la estancia media, el número de pruebas realizadas, el consumo de medicación, etc.

Con vistas a facilitar la difusión de las VC en los servicios quirúrgicos, la Asociación Española de Cirujanos, está ofertando a los profesionales españoles algunas VC basadas en información de ámbito nacional que se ha recogido en alguno de estos procesos, como la Vía Clínica del cáncer colorrectal.

Los cirujanos estamos acostumbrados a evaluar nuestros resultados clínicos en términos de efectividad (beneficios terapéuticos alcanzados) y eficiencia (relación entre costes y beneficios de salud conseguidos), sin embargo, el concepto de valor añadido que debe ofrecer nuestro proceso asistencial al paciente, conlleva otras valoraciones imprescindibles en el ámbito de la calidad de vida y la satisfacción.

La calidad de vida es un concepto relativamente novedoso que cuantifica desde el punto de vista del paciente, los beneficios que para la salud ha aportado el proceso asistencial desde el punto de vista anímico, laboral y social. Habitualmente se verifica mediante cuestionarios específicos aplicados antes y después de los procedimientos. Los beneficios en la calidad de vida esperados por los pacientes, no siempre coinciden con los que evalúan los profesionales, lo que resulta importante desde el punto de vista de la Gestión Clínica si queremos satisfacer las expectativas de nuestros pacientes.

Los beneficios en la calidad de vida esperados por los pacientes, no siempre coinciden con los que evalúan los profesionales

La satisfacción se refiere a la percepción subjetiva que experimenta el paciente sobre la asistencia que ha recibido, suele evaluarse mediante encuestas específicas y sus resultados se relacionan con la percepción de ver cumplidas las expectativas (calidad percibida) sobre: demora en el tratamiento, atenciones recibidas, información suministrada y resultados obtenidos. Igual que sucedía anteriormente, suelen existir desajustes entre la calidad técnica que recibe el paciente y la que percibe.

La satisfacción se refiere a la percepción subjetiva que experimenta el paciente sobre la asistencia que ha recibido

Otros aspectos no relacionados directamente con la hospitalización pero de especial interés desde el punto de vista de la Gestión Clínica, son las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y las Consultas Externas de Cirugía, tanto las intrahospitalarias como las de área.

Las consultas externas son la puerta de entrada de los pacientes al Servicio de Cirugía y, por ello, han de ser gestionadas con especial atención. Suponen el ori-

gen de los procesos quirúrgicos, pues en ellas se realizan las tres primeras etapas de todos ellos: la indicación del tratamiento quirúrgico, la inclusión en lista de espera y la evaluación preoperatoria, por lo que su funcionamiento repercute sobre los indicadores generales de hospitalización y, sobre los específicos de cada proceso.

En la indicación del tratamiento quirúrgico son de gran utilidad el manejo de guías clínicas y protocolos que disminuyen la variabilidad clínica, que tan negativamente influye sobre las listas de espera quirúrgica. Se ha llegado a afirmar que la calidad de un servicio se mide por el número de protocolos que desarrolla.

La inclusión en la lista de espera, ha de realizarse estableciendo diferentes prioridades según la patología que presente cada paciente

La inclusión en la lista de espera, ha de realizarse estableciendo diferentes prioridades según la patología que presente cada paciente, definiendo al mismo tiempo un periodo de demora razonable para cada caso concreto. En un Real Decreto (RD 605/2003) se recogen tres tipos de prioridades, de menos de treinta días, de menos de 90 días y de pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes. La Comunidad de Madrid (Orden 602/2004) es más ambiciosa en sus proyectos y prioriza los pacientes en dos categorías, treinta días o más. Curiosamente fija el máximo de espera en treinta días.

Las listas de espera quirúrgica causan alarma social y son uno de los principales motivos de insatisfacción de los usuarios del sistema. Generalmente son utilizadas por nuestros políticos con argumentos repetitivos. Desde la oposición se utilizan contra la Administración y, desde esta, su disminución como medio para mostrar las excelencias de su gestión, cuando lo cierto es que son una realidad social incuestionable a la hora de repartir recursos limitados.

La Asociación Española de Cirujanos, ha publicitado recientemente un consenso entre sus asociados para establecer prioridades en las patologías más frecuentes, también en tres periodos, de menos de treinta días, hasta noventa y de más de noventa días, pero utilizando criterios clínicos para su distribución.

Por otra parte, la forma habitual en que se suele llevar a cabo la evaluación preoperatoria en cirugía programada, realizando a nuestros pacientes diferentes pruebas complementarias sin tener en cuenta su estado de salud individual ni sus condiciones particulares, posiblemente por hábito o por creencia de que suponen una cobertura legal (sin embargo, un resultado anormal no aclarado comporta mayor riesgo y penalización que la carencia de ningún resultado), es un ejemplo de las posibilidades de mejora existentes en algunos de los procesos asistenciales más frecuentes. La valoración clínica preoperatoria (anamnesis y exploración completa), es más importante que esas pruebas preoperatorias, que sólo deben solicitarse cuando existe una justificación por la situación clínica del paciente, eliminando gastos innecesarios, sin comprometer la seguridad del paciente.

La valoración clínica preoperatoria (anamnesis y exploración completa), es más importante que esas pruebas preoperatorias

Está aceptado que las pruebas preoperatorias producen un número alto de resultados anormales (cuya mayor dificultad es su interpretación), que pueden obligar a repetir pruebas y

solicitar otras más agresivas, que pueden incluso ocasionar un riesgo al paciente, retrasar o suspender sesiones quirúrgicas y aumentar la ansiedad de los pacientes, con el consiguiente deterioro de la calidad de la asistencia. Se ha publicado que de un 30 a un 60% de los resultados anormales encontrados en las pruebas preoperatorias, queda sin aclarar, y una radiografía de tórax innecesaria puede dar un resultado anormal inexplicado, cuyo proceso diagnóstico lleve a una tomografía computarizada de tórax, con una radiación equivalente a 400 radiografías.

La Asociación Española de Cirujanos, publicó en 2002 un protocolo de evaluación preoperatoria en cirugía programada consensuado con la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, con un cuestionario sencillo para facilitar la identificación de pacientes asintomáticos y unos protocolos, para solicitar diferentes pruebas preoperatorias a pacientes asintomáticos y sintomáticos. Aunque su difusión ha sido alta entre la práctica totalidad de los cirujanos españoles y, en todos los centros hospitalarios, los resultados de su aplicación no están siendo los esperados. En un estudio reciente, también realizado por la Asociación Española de Cirujanos, prospectivo, longitudinal y descriptivo, referente al tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal sobre 386 casos realizados en 46 hospitales, a un 95,6% de los pacientes se le solicitó las pruebas preoperatorios completas, haciendo caso omiso al protocolo de la AEC, pese a que un 50,1% de los pacientes era ASA I y un 39,2% era ASA II.

Actualmente, se está dedicando especial atención a las consultas denominadas de "Alta Resolución", ya que incorporan una visión horizontal y multidisciplinar de los procesos, mediante la coordinación entre distintos especialistas que participan en el proceso, evitando a los pacientes la repetición innecesaria de las visitas y a los especialistas la sobrecarga de sus consultas.

La gestión de las consultas influye fuertemente sobre la atención especializada

La gestión de las consultas influye fuertemente sobre la atención especializada. En nuestro país, los gestores defienden los modelos integrados de Atención Primaria y Especializada, pese a que la integración vertical de servicios puede llevar a que médicos de familia y especialistas, compartan los mismos protocolos asistenciales, cuando la prevalencia de patologías y el papel que deben desempeñar dentro del sistema son radicalmente distintos. Si el médico de familia se empeña en llegar al diagnóstico de todos los motivos de consulta, empezará a comportarse como un especialista, solicitará más pruebas complementarias y precisará más soporte especializado. En el modelo del Reino Unido, los médicos de familia tratan de llegar al diagnóstico de aquellos enfermos que puedan tener una enfermedad grave o beneficiarse de la Atención Especializada, con lo que envían a los especialistas menos de la mitad de los enfermos, que lo hacen otros sistemas sanitarios como el de EE.UU., Francia o Alemania.

Las UCMA se están imponiendo en el sector sanitario público y privado desde hace una década. Se trata de unidades integradas en el centro hospitalario pero con cierta independencia de funcionamiento, que han demostrado gran efectividad clínica y eficiencia, al mismo tiempo que satisfacen ampliamente las expectativas de profesionales y pacientes. Pueden disponer de instalaciones independientes (unidades autónomas) o compartirlas con el resto del hospital, pero en

cualquier caso requieren un circuito independiente respecto del resto hospital perfectamente protocolizado. Es fácil comprender que la Cirugía Mayor Ambulatoria, influye positivamente sobre las listas de espera quirúrgica, ya que por ejemplo en Cirugía General y del Aparato Digestivo se podría programar entre el 70-80% de los procesos.

La Cirugía Mayor Ambulatoria, realmente lo que ha hecho es rediseñar la cirugía tradicional, para que no sea necesaria la cama

La Cirugía Mayor Ambulatoria, realmente lo que ha hecho es rediseñar la cirugía tradicional, para que no sea necesaria la cama, verdadero talón de Aquiles de todo intento de aumentar de actividad quirúrgica. No obstante, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 31 de diciembre de 2002, se registró una disminución del número de camas instaladas hasta alcanzar 158.500 camas, lo que provocó un descenso de la ratio número de camas por mil habitantes, que pasó de 3,9 en 2001 a 3,7 en 2002.

Otros aspectos actuales de obligado recorrido por su implicación con la gestión clínica y que preocupan a los gestores de la sanidad pública son: la variabilidad de la práctica clínica, los efectos adversos y la motivación de los profesionales

Uno de los principales problemas que caracterizan a los sistemas sanitarios de nuestro entorno, es la gran variabilidad de la práctica clínica (VPC) existente en la atención que prestan a la población. Aunque la VPC es un hecho inherente al ejercicio de la medicina, como reflejo del azar que modula nuestra existencia y de la necesidad de adaptar la *Lex Artis* a las peculiaridades de cada paciente, los sistemas sanitarios de los países desarrollados presentan una VPC muy superior a la que cabría esperar. Estas diferencias superan los límites razonables, poniéndose de manifiesto cuando se comparan distintas regiones geográficas, diferentes hospitales o servicios médicos e incluso entre diferentes profesionales. Por ejemplo, en un reciente estudio publicado sobre el manejo de la EPOC por diferentes profesionales de un mismo servicio, se demostró que ser atendido por determinados facultativos suponía una diferencia de mas de 2 días de estancia media o más de 12 € de gasto farmacéutico por paciente.

La variabilidad de la práctica clínica, significa que pacientes con una situación clínica semejante, reciben una asistencia diferente, observándose diferencias inexplicables tanto en lo referente a la estancia hospitalaria, como a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Este hecho genera inquietud entre los gestores, los profesionales sanitarios y los usuarios; al poner en tela de juicio que la práctica clínica se fundamente en el conocimiento científico y que la utilización de los recursos sanitarios venga determinada por las necesidades reales de cada paciente.

La variabilidad de la práctica clínica, significa que pacientes con una situación clínica semejante, reciben una asistencia diferente, observándose diferencias inexplicables tanto en lo referente a la estancia hospitalaria, como a procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Wennberg, uno de los autores que más ha estudiado la VPC, es el creador del concepto "Estilo de Práctica Clínica". Con ello quiere indicar que la práctica clínica de cada profesional o grupo de trabajo, vendría determinada por la disponibilidad de recursos, la existencia o no de suficiente evidencia científica, las preferencias profesionales y la ausencia de consenso. Considerando de forma especial que cuando existe controver-

sia entre los profesionales, el estilo de práctica clínica se ve modulado por la oferta de recursos disponibles.

Múltiples estudios realizados principalmente en EE.UU., Canadá y Europa, han demostrado que existe un modelo con cuatro grados de variabilidad (baja, moderada, alta y muy alta), que se repite en todos los países analizados independientemente de su sistema sanitario. En este sentido, merece la pena señalar algunos motivos de ingreso que presentan escasa variabilidad como es el caso de las apendicitis agudas o las herniorrafias, mientras que otros muestran una gran variabilidad como algunas intervenciones proctológicas, biopsias de mama, amigdalectomías e histerectomías. Parece evidente que existe una relación entre la oferta de recursos sanitarios y su utilización, sin que ello suponga mayores beneficios en reducción de la mortalidad. Al mismo tiempo se ha observado que en zonas de baja utilización de los recursos sanitarios, existe una baja tasa de utilización inapropiada, por el contrario, en zonas con alta utilización de los recursos sanitarios, se observa un alto porcentaje de utilización inapropiada.

En zonas con alta utilización de los recursos sanitarios, se observa un alto porcentaje de utilización inapropiada

Un aspecto decisivo en la VPC es el grado de incertidumbre de los profesionales sobre determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas. En las patologías en las que existe poca incertidumbre como es el caso de la apendicitis aguda, las diferencias en la atención sanitaria son pequeñas. Sin embargo, el grupo más numeroso de patologías se corresponde con el mayor grado de incertidumbre; motivado por la existencia de insuficiente evidencia científica en todo lo referente a las indicaciones diagnóstico-terapéuticas. En este sentido, merece la pena señalar la existencia de diferentes grados de incertidumbre. El primero y menos frecuente, se da cuando existen dos alternativas opuestas (operar o no operar), lo que facilita la investigación de resultados que apoyen la toma de decisiones. Por el contrario, los casos más frecuentes corresponden a la existencia de varias alternativas de diferente intensidad, en estos casos la pregunta no se resume a hacer o no hacer, sino a cuándo, cómo y dónde. Gran parte de las decisiones médicas corresponden a este último grupo, y son las que con mayor frecuencia se verán condicionadas por la oferta de recursos disponibles.

Las estrategias necesarias para influir en la VPC requieren la participación de profesionales de la política, gestores, profesionales sanitarios y pacientes. En lo que se refiere a los profesionales sanitarios, la investigación de resultados mediante evaluación sistemática de las distintas alternativas diagnósticas y terapéuticas, permitirá disponer de mejor evidencia científica y hacerla partícipe en la toma de decisiones. Sin embargo, en las situaciones en que la evidencia disponible es insuficiente, debemos buscar el consenso profesional como única forma de disminuir la VPC y mejorar la evaluación de resultados, lo que constituye un elemento fundamental para el aprendizaje y la mejora de la calidad de los procesos clínicos.

Un instrumento muy adecuado para disminuir la VPC son las guías de práctica clínica que se definen como "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y cir-

Guías de práctica clínica: "Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias específicas"

cunstancias específicas". No deben confundirse con los protocolos, que son un conjunto de actuaciones clínicas de obligado cumplimiento en situaciones o circunstancias clínicas concretas o con las vías clínicas (VC), ya comentadas, que se concretan en un plan asistencial que define y ordena secuencialmente actividades e intervenciones sanitarias para un grupo definido de pacientes con un curso clínico predecible.

En nuestro país, la mayoría de las guías de práctica clínica, adolecen de una serie de problemas como que no conectan los cuidados especializados con los generalistas, ofrecen una gran variabilidad en cuanto a calidad, incluso con propuestas contradictorias para un mismo proceso, suelen considerar sólo la efectividad y no observan el coste efectividad y, sobre todo, no consideran las preferencias de los pacientes.

Las preguntas claves aún sin respuesta son quién debe promover el desarrollo de las guías de práctica clínica y, cómo conseguir su utilización por los profesionales. A la primera pregunta, nosotros consideramos que la Asociación Española de Cirujanos debe jugar un papel protagonista, precisamente para legitimar su capacidad de influencia. En el Reino Unido, por ejemplo, hay un organismo, el *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), que inició su andadura en 1999, y cuyo objetivo es aportar al Servicio Nacional de Salud orientaciones basadas en la consideración de la efectividad clínica y el coste-efectividad. Este organismo, tiene un comité asesor de guías, que supervisa el proceso de desarrollo de las guías de práctica clínica.

La segunda pregunta tiene una difícil respuesta, ya que como hemos podido comprobar (ya lo hemos comentado en el estudio del tratamiento de la hernia inguinal), con el protocolo consensuado de pruebas preoperatorias publicado por la Asociación Española de Cirujanos, la distribución pasiva de material formativo, si no se acompaña de algún otro gesto educativo tiene escasa o nula efectividad. Tampoco el NICE está teniendo el éxito esperado; un año después de publicar sus recomendaciones de operar las hernias inguinales primarias colocando una malla por vía abierta, no laparoscópica, se pudo constatar que no había conseguido modificar esta práctica clínica.

Un efecto adverso es cualquier daño no intencionado causado por un acto médico, más que por el proceso nosológico en sí

Un efecto adverso es cualquier daño no intencionado causado por un acto médico, más que por el proceso nosológico en sí. Tiene una gran variabilidad, calculándose su presencia en un 4-20% de los episodios de hospitalización y, de ellos, hasta en un 50% los efectos adversos son por intervenciones quirúrgicas. Lo más destacable es, que alrededor de un 40% podrían ser evitables. En EE.UU., se estima que del 27,6 al 32,6% de efectos adversos se asocian a negligencia, que es más frecuente en profesionales de más edad y en los efectos adversos ligados a diagnóstico (75%), procedimientos no quirúrgicos/errores de omisión (77%) y urgencias (70%).

Los efectos adversos ocasionados por una atención sanitaria inferior al estándar aceptado por la comunidad, es decir por deficiencias en la atención sanitaria

o también considerados errores adversos por omisión, como son el no cumplimiento de la profilaxis tromboembólica o antibiótica, retrasos en el diagnóstico o tratamiento o la no realización de pruebas necesarias, son los que más nos deben importar, ya que precisamente son los más evitables.

Los efectos adversos ocasionan un incremento de estancia hospitalaria, incapacidad para la vida normal temporal o definitiva e incluso la muerte (4-14%). El impacto económico es muy importante y difícil de contabilizar en los continuos incrementos del gasto sanitario actual. Al reconocerse una mayor frecuencia en la población de más de 65 años, no es descabellado añadirlo a los pozos sin fondo de la incorporación de nuevas tecnologías o los gastos farmacéuticos de nuestro sistema sanitario, que junto al envejecimiento de la población son los culpados del déficit económico del sistema.

Garantizar la seguridad del paciente debe ser uno de los objetivos prioritarios de la política sanitaria. Hasta ahora los registros de efectos adversos, se basan en la recogida de datos de las historias clínicas de forma retrospectiva, cuando el ideal será el registro de datos prospectivo mediante informatización completa de la actividad asistencial. También sería imprescindible establecer un sistema no punitivo y, así, fomentar entre los médicos la comunicación de los efectos adversos, basándose en que la presencia de un error aunque es una condición necesaria, no es suficiente para que exista negligencia y, muchos efectos adversos por omisión, no son achacables a los profesionales. Los efectos adversos deberían llegar a considerarse como indicadores de calidad, imprescindibles para la comparación de hospitales y las políticas de mejora continua de la calidad o *benchmarking*.

La motivación de los profesionales continúa siendo un reto para la administración. Dentro de los motivadores extrínsecos son competencia de la administración, ofertar un adecuado medioambiente físico y tecnológico, adecuar el salario y buscar incentivos imaginativos para los profesionales, hacerse cargo de la formación continuada y promover el desarrollo de la carrera profesional.

La motivación de los profesionales continúa siendo un reto para la Administración

La financiación de la formación continuada, exigida por los ciudadanos a sus profesionales sanitarios, actualmente está en manos de la industria farmacéutica, que incluso se ha permitido publicar un código deontológico, con el que no todos los médicos pueden estar de acuerdo. La administración, eso sí, permite hasta cierto punto, la formación continuada de sus profesionales, discute con otras organizaciones la acreditación de actividades (FACME, Consejo General del Colegios Médicos, Conferencia de Decanos), pero deja la tarea y la financiación a otras instituciones o a las industrias farmacéuticas.

La financiación de la formación continuada, exigida por los ciudadanos a sus profesionales sanitarios, actualmente está en manos de la industria farmacéutica

Será sin duda el desarrollo de la carrera profesional un elemento motivador importante, ya que no sólo supondrá para los profesionales unos mayores ingresos, sino el reconocimiento de sus aptitudes y habilidades, la posibilidad de su desarrollo personal y la sensación de justicia y equidad.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge en su artículo 41, la carrera profesional como un derecho de los

profesionales a progresar. También la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS), en sus artículos 37, 38 y 39, el desarrollo profesional y su reconocimiento. Queremos destacar el artículo 38 b: "La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores (se admiten cuatro grados en la carrera profesional y uno inicial), requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente e investigadora. Se habrá de tener en cuenta los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica".

¿A que esperan para desarrollarla y hacerla efectiva?

Las organizaciones sanitarias clásicas se caracterizan por disponer de una estructura vertical, compartimental y especializada orientada hacia los servicios. Sin embargo, los procesos se desarrollan horizontalmente participando en cada momento los diferentes servicios implicados en él. Todo esto genera falta de coordinación y desconcierto entre los profesionales y usuarios, no pudiendo ser controlado por los gerentes, ya que desconocen en gran medida el desarrollo de la cadena asistencial dentro de la organización. Por este motivo, la administración ha buscado otras formas de trabajo que impliquen a los profesionales en el logro de una mayor calidad y eficiencia, desarrollándose nuevas formas organizativas que promuevan la Gestión Clínica:

– Unidades de Gestión Clínica: conllevan la descentralización de una unidad básica asistencial mediante un contrato de gestión pactado con la gerencia del hospital y carecen de personalidad jurídica propia. Disponen de un presupuesto anual y de unos recursos humanos gestionados de forma autónoma, sometiéndose a evaluación periódica sobre la consecución de objetivos clínicos, económicos y de calidad.

– Institutos (Áreas Funcionales o Áreas Clínicas): constituidos por una agrupación de servicios o especialidades, en una unidad de gestión autónoma orientada a un tipo concreto de procesos clínicos y que funciona con equipos multidisciplinares. Desde el punto de vista administrativo y de gestión disponen de características similares a las Unidades Clínicas.

La iniciativa de estos proyectos puede partir de los profesionales o de la propia Gerencia del hospital. Para su creación es necesario presentar un Plan de Factibilidad en el que se detallen: las especialidades que agrupa en el caso de institutos, los recursos humanos y materiales, servicios que ofrece (cartera de servicios), objetivos a corto y medio plazo (asistenciales, de investigación y docencia), plan de calidad, presupuesto aproximado, plan de financiación y modelo de coordinación con el resto del hospital. Por otra parte el hospital ha de disponer de un Plan Estratégico propio y el Proyecto de Gestión Clínica (Unidad o Instituto) ha de superar una evaluación sobre herramientas de gestión en lo referente a sistemas de información y organización, antes de ser aprobado por la Administración.

Independientemente de que una organización o unidad decida implantar un Programa de Gestión de Calidad diseñado más o menos a la medida de sus necesidades, es necesario comentar que también existen unos sistemas de Gestión de

Calidad formales conocidos como: Normas ISO-9000, sistema de acreditación americano de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) y Modelo Europeo de Excelencia (EFQM: *European Foundation for Quality Management*). Estos tres modelos formales ofrecen a la organización sanitaria la posibilidad de acceder a una reconocimiento externo prestigioso, que garantiza el cumplimiento de una serie de requisitos relevantes. Para acceder a ello, es necesario que previamente exista un interés real de la institución por mejorar su organización, y un esfuerzo económico más o menos importante orientado a una serie de mejoras mediante un Programa de Gestión dirigido por una empresa consultora, sometiéndose posteriormente a la evaluación por parte de una entidad externa que se renovará periódicamente.

Estos sistemas de Gestión de Calidad (principalmente el Modelo Europeo), se sustentan sobre unos criterios procedentes de la calidad total: orientación hacia el cliente y los resultados, importancia del liderazgo en la organización, gestión por procesos, implicación de los profesionales, mejora continua, responsabilidad social y enfoque ético. Todos ellos tienen relación con los principios sobre los que se fundamenta la Gestión Clínica.

Antes de finalizar este recorrido a través de la Gestión Clínica, resulta oportuno hacer una breve referencia al *Marketing* Sanitario (MS). Es un nuevo concepto que adquiere relevancia, ante el creciente interés de la administración por introducir un cierto nivel de competencia regulada entre los proveedores de la asistencia sanitaria; en nuestro caso: hospitales y unidades quirúrgicas a las que deseamos garantizar un alto grado de competitividad y rentabilidad social. El objetivo del MS es coordinar la actividad asistencial de modo que integre el punto de vista del profesional y del paciente, con vistas a obtener el valor añadido que supone satisfacer sus expectativas a un precio razonable. Es una herramienta de gestión que posibilita optimizar la organización y sus clientes. El MS supone un intercambio y comunicación para adecuar la oferta y la demanda, proporcionando un servicio personalizado y de calidad. Los puntos sobre los que se basa el MS son: disminuir la variabilidad de los procesos (consistencia), lograr una imagen propia de nuestro equipo (identidad) y saber trasmitirla a los pacientes y, por último, la orientación a los clientes (profesionales que demandan nuestros servicios y pacientes). Asimismo, es fundamental que tanto el gestor de la organización como los profesionales de la unidad, cuiden la imagen de la unidad ante los profesionales de la comunidad científica, la sociedad y los medios de comunicación, lo que ayuda a posicionar el servicio en el contexto de la especialidad.

El objetivo del MS es coordinar la actividad asistencial de modo que integre el punto de vista del profesional y del paciente, con vistas a obtener el valor añadido que supone satisfacer sus expectativas a un precio razonable

Es importante destacar que el desarrollo inicial de la Gestión Clínica no depende necesariamente de la creación de una u otra forma organizativa (Unidades e Institutos), e incluso se puede comenzar esta forma de trabajo en el marco de una organización convencional sin disponer de gran autonomía, ya que tenemos en nuestras manos la posibilidad de utilizar las herramientas anteriormente comentadas, con vistas a favorecer el desarrollo profesional de los miembros del

equipo y a satisfacer las expectativas tanto de nuestros clientes internos (profesionales que demandan nuestros servicios), como de los pacientes a quienes va dirigida en definitiva la cadena asistencial. Desarrollar progresivamente esta forma de trabajo nos posiciona en una situación inmejorable para poder afrontar mayores niveles de autonomía en un futuro más o menos próximo. En este sentido, y aunque se ha comentado anteriormente, conviene recordar los pilares en los que se fundamenta un programa de Gestión de la Calidad:

– Gestión de los procesos generales u organizativos (consultas, quirófanos, etc.) y de los procesos clínicos.
– Monitorización de indicadores.
– Medición de la satisfacción de los pacientes.

Avanzar de forma definitiva en la Gestión Clínica, requiere implantar una nueva cultura en la organización

Por último, hay que señalar que avanzar de forma definitiva en la Gestión Clínica, requiere implantar una nueva cultura en la organización, superando la rigidez burocrática actual, al mismo tiempo que requiere un decidido impulso y transferencia de autonomía por parte de los gestores y políticos, que deben abandonar el discurso en el que por un lado estimulan a los profesionales a comprometerse con la Gestión Clínica y, por otro, continúan sin realizar actuaciones concretas dirigidas a lograr la motivación de los profesionales y a progresar en la descentralización de las organizaciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clin (Barc) 2004; 123: 21-5.

Bloor K, Freemantle N, Khadjesari Z, Maynard A. Impact of NICE guidance on laparoscopic surgery for inguinal hernias: analysis of interrupted time series. BMJ 2003; 326: 578.

Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Andrew B. Comparison of speciality referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. BMJ 2002; 325: 370-1.

García-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, López-Bastida J. Preoperative assessment. Lancet 2003; 362: 1749-57

Gornemann I, Zunzunegui MV. Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud. Gac Sanit 2002; 16: 156-9.

Lough M. Benchmarking Applied to Healthcare (edit). Respiratory Care 1997; 42: 202-3.

Pérez-Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc) 2002; 118: 65-7.

Reinhardt UE. Does the aging of the population really drive the demand for health care? Health Aff 2003; 22: 27-39.

Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-1.

Verdaguer A, Peiró S, Librero, J. Variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Arch Bronconeumol 2003; 39: 442-8.

Wennberg JE, Cooper MM. The Dartmouth Atlas of Health Care: 1999. The Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School. Chicago Illinois: American Hospital Press, 1999.