



Editorial

Gestión clínica: ¿la amenaza fantasma?

Clinical management: The phantom menace?

Francisco José Sáez Martínez^{a,b}

^a Dirección Asistencial Sureste, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de la Salud

^b Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Dice el Dr. Manuel Solla, expresidente de nuestra sociedad, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), actual miembro de la Directiva de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), y sin duda referente en muchas materias del trabajo del médico general/de familia (bioética, ecografía, actividades solidarias...), que en España sobre *gestión clínica* hay más opinión que información.

Y no puede tener más razón, ya que este tema de la *gestión clínica* presenta diferentes aristas, que o bien generan el enfado en tirios o provocan las iras de los troyanos: aparecen conceptos como privatización, función directiva, profesionalización o externalización, que enturbian el conocimiento.

Intentaremos, pues, hacer una aproximación lo más aséptica posible a las definiciones, y mencionar las experiencias que sobre *gestión clínica* podemos encontrar en nuestro país, y en los de nuestro entorno económico, con la idea de provocar la reflexión, acercar la información y huir de la opinión.

Concepto de *gestión clínica*

La definición más sencilla la aporta el Dr. de la Calle Reviriego, de la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, para quien «la *gestión clínica* no es más que una forma de gestionar las unidades asistenciales basada, fundamentalmente, en la participación activa y responsable de los profesionales para la consecución de unos objetivos definidos»¹. Otra definición, mucho más académica y potente es la de los Dres. Peiró y del Llano, auténticos maestros de la gestión sanitaria en

habla hispana, para quienes la *gestión clínica* es «la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor experiencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente»². Pero sin duda, la más clara, y sin embargo más difícil de aplicar, es la del Prof. Vicente Ortún, para quien la *gestión clínica* es «hacer bien lo que hay que hacer» remarcando que «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», y que «la esencia de la *gestión clínica* —y sanitaria— pasa por reducir la brecha entre efectividad y eficacia»³.

Así dicho, no parece diferenciarse mucho de la práctica habitual en la atención primaria (AP) española, donde los equipos de AP (o sus equivalentes en las distintas comunidades autónomas) se articulan sobre una serie de conceptos, como capítulos presupuestarios, cartera de servicios, acuerdos o contratos de gestión, gestión de calidad, que suenan en la cabeza de los médicos generales/de familia del Sistema Nacional de Salud desde los años 80 del siglo pasado.

Es en esta década, en el seno de los hospitales del NHS inglés, todavía convulso por el *works for patients*, donde, tras la constatación de la imposibilidad de gestionar los centros sanitarios sin la participación de los profesionales sanitarios (de los que depende el gasto sanitario, con variabilidades de decisiones clínicas que pueden multiplicar el mismo de forma exponencial) surge el concepto, el de la *clinical governance*, que se traduce en España por *gestión clínica*. Enmaraña

Correos electrónicos: fsaezm@semg.es, fjsaez@me.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.09.001>

1889-5433/© 2016 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

con su acepción hospitalaria todo el proceso del desarrollo de la *gestión clínica* en nuestro país, desgraciadamente «hospitalocentrista», como todo el Sistema Nacional de Salud.

Así, salvo contadas excepciones, todo el desarrollo de la *gestión clínica* (incluido el proyecto de Real Decreto del último gobierno) se tiñe de hospital y los conceptos de unidades de *gestión clínica* solo parecen tener sentido en ese ámbito, cuando el desarrollo de la reforma inconclusa de la AP propiciaba precisamente todo lo contrario.

Experiencias de *gestión clínica* en atención primaria

La diferente concepción de los sistemas de AP en los distintos países de nuestro entorno hace difícil extrapolar las distintas experiencias, pero no por ello debemos dejar de relacionarlas.

Quizá la más conocida es la de los GP *fundholders* ingleses⁴, experiencia nacida de la mano de Alain Einthoven, que copió en parte la estructura de las HMO americanas. Se ofrecía a los médicos generales ingleses (los *general practitioners*) dar un paso más y convertirse en gestores de presupuestos adjudicados por capitación (por usuario), de forma que no solo corrieran con su propio trabajo, sino que realizaran funciones de compra en atención hospitalaria y en fármacos. La experiencia, corregida en algunos de sus desequilibrios y sesgos de selección, parece exitosa y tiene buenos resultados económicos, aunque quizá no tan buenos en satisfacción de los usuarios o en pérdida de control por parte de las autoridades sanitarias.

La iniciativa *patient's medical home*⁵ (PMH) en Canadá está generando, también, cambios en el desarrollo de la *gestión clínica*, al centrar en el médico de familia la gestión del presupuesto capítativo sanitario del paciente y cambiando los procesos de actuación. Tiene su horizonte en 2020, unido al desarrollo de estrategias de cronicidad, por lo que habrá que esperar para valorar sus resultados; pero parece también una experiencia atractiva.

La reforma Obama del sistema de salud de Estados Unidos⁶ incide en aspectos de *gestión clínica* en AP, ya que la nueva ley incrementa la presencia de la AP en un sistema donde predomina la súper-especialización. Se avanza, además, en investigación sobre efectividad y valor de las intervenciones, se aumenta la prevención y la promoción de la salud, y se crea un instituto de investigación sobre «resultados centrados en el paciente» (*Patient-Centered Outcome Research Institute*), que evaluará el valor y beneficio de las diferentes innovaciones en lo relacionado con la salud (a imagen y semejanza del NICE británico que tanto echamos de menos por estos lares). Es evidente que esta apuesta generará nuevos entornos de *gestión clínica* en AP en Estados Unidos.

Dentro de nuestro país debemos destacar la experiencia del INSALUD, que crea desde las herramientas (cartera de servicios, contratos de gestión...) hasta mecanismos y reglas de organización y funcionamiento (planes estratégicos, productividad variable, sistema de torneos de incentivación...) y origina una *proto gestión clínica*⁷. Quizá a lamentar sea el carácter *ilustrado* de las reformas, con escasa respuesta de los profesionales, más en la línea jerárquica que en la propia asunción de los postulados.

Otra experiencia muy valorable y que ha marcado las opiniones que mencionábamos al principio, es la de las Entidades de Base Asociativa (EBA) catalanas⁸. Partían de una aplicación radical de la *gestión clínica*, con ruptura del sistema público, pero han marcado la evolución de la AP en toda España. Resaltemos las características peculiares del sistema sanitario catalán, sus discretos resultados económicos y la escasa extensión del modelo (17 EBA en 17 años), que lastran sus indudables méritos.

Más ortodoxa es la experiencia andaluza⁹, donde la creación de unidades de *gestión clínica* desde 2007 a 2011, la puesta en marcha de los acuerdos de *gestión clínica*, y todo el desarrollo normativo y formativo generado la hacen la experiencia más extendida (y copiable). Entre sus déficits, el concepto de incentivos basados exclusivamente en el ahorro, lo que genera protestas entre sindicatos, asociaciones de pacientes y profesionales, que se sienten poco motivados y participativos.

Las experiencias gallegas (con sus propuestas de transformación de la AP en Galicia, FEGAS 2009) y asturiana (con su inicial pilotaje rechazado por los profesionales y realizado casi en secreto), parecen más *experimentos* para quedar bien, que experiencias exportables; la gallega queda cortada por la atención integrada, y la asturiana por el cambio de gobierno (tanto el del foro como el del partido socialista).

La más novedosa es sin duda la castellano-leonesa, que, apoyada en la línea indicada por el proyecto de RD mencionado, parece querer formar varias unidades clínicas en AP antes de fin de año. Pero la incertidumbre política nacional, la parálisis legislativa autonómica y algún que otro nubarrón (esa nociva atención integrada de la que ya hablaremos en otra ocasión), la sitúan en este momento más como un castillo de papel que una experiencia.

Gestión clínica: ¿la amenaza fantasma?

Y aquí estamos, tal y como sucede con la cinematográfica saga de *Stars Wars*, con un capítulo pendiente de desarrollo, tras varias realidades muchos años atrás, algunas exitosas y otras no tanto, pendientes de un guion (el proyecto de RD), con algún *Yar-Yar Bin* intolerable (una AP de refilón, con dudas importantes, supeditada al hospital o a la gerencia, sin carácter central, sino periférico), con dudas de la supervivencia de la idea, en medio de las (¿terceras, cuartas?) inversiones fallidas, con movimientos políticos importantes en contra, con apoyo de asociaciones de profesionales, usuarios que ven la externalización como marco final de la *gestión clínica* y, por qué no decirlo, con un pasotismo cada vez mayor de los profesionales de a pie, que piensan que no se juegan nada en esto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gestión Clínica. Prólogo. Fundación Gaspar Casal. Madrid 2011.
2. Peiró S, del Llano Señarís J. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Madrid: Fundación Abbott; 2009.
3. Ortún V. Claves de *gestión clínica*. En: Ortún V, editor. Gestión Clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.

-
4. Gimeno JA, Gimeno Ullastres JA. *Economía de la Salud: fundamentos*. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
 5. Gutkin C. *The future of family practice in Canada*. *Can Fam Physician*. 2011;57:1224.
 6. Copetta C. *La nueva ley de Atención Médica Asequible de los EE.UU. Documento de Trabajo*. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Santiago 2010.
 7. Aguilera M, Alfaro M. *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid 2002.
 8. Ballart X. *A new model of primary health care in Catalonia. Elites, Ideas and the Evolution of Public Policy* London: Palgrave 2008.
 9. *Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Documento de Trabajo*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Sevilla 2000.