
Introducción a la gestión clínica

PID_00244621

David Baulenas Parellada

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



Índice

1. Introducción.....	5
2. La influencia de la economía y los modelos sociales.....	9
3. Conceptos básicos en gestión clínica.....	13
4. De la macro- a la microgestión. Ámbitos de aplicabilidad.....	20
5. A retos diferentes, herramientas nuevas.....	26
6. Una última reflexión.....	33

1. Introducción

Hablar de gestión clínica exige inicialmente un ejercicio de consenso en su significado. Esto no debe ser fácil cuando llevamos tres décadas poniéndola en el eje de los cambios necesarios en los sistemas sanitarios modernos. Unos cambios que reiteradamente se plantean a nivel microinstitucional para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios.

A pesar de que la literatura nos deja una larga serie de definiciones que con el tiempo añaden o quitan conceptos y focalizan la energía en unos u otros, nos atrevemos a decir que hay tres constantes que se mantienen:

- Hacer lo correcto. Supone hacer lo que la evidencia nos dice que aporta valor (eficacia).
- Respetar el principio de *primum non nocere*. Hay que medir el equilibrio de las actuaciones desproporcionadas, inútiles (seguridad).
- Ante las diferentes alternativas, elegir las de menor coste, evitando el *weist*, es decir, el desperdicio en aquello que no aporta valor (eficiencia).

Simplificando, la gestión clínica persigue conciliar valores y alinear objetivos entre los agentes principales de la práctica asistencial y los órganos gestores.

Este esfuerzo de corresponsabilidad, a menudo con idiomas diferentes, exige confianza compartida, racionalidad en las decisiones, métodos consensuados y aceptados para evaluar el desempeño y los resultados, y, finalmente, actitudes cooperativas y competitivas en pro de la calidad.

En consonancia con este último párrafo, el National Health Service (NHS) entiende la gestión clínica como una cultura que asegura la mejora continua de la calidad y los estándares de eficiencia en los servicios sanitarios. Otra manera de verlo es entender la gestión clínica como la herramienta de conciliación entre la discrecionalidad clínica y la gestora, compartiendo riesgo, superando patrones de funcionamiento burocrático, alineando intereses por medio de dotar de nuevas competencias al ámbito asistencial.

Estratégicamente la gestión clínica debe pilotar los procesos de innovación de los servicios sanitarios; las claves son la descentralización organizativa y la autonomía de gestión.

Planificadores, gestores y clínicos deben estar alineados hacia un objetivo común. Sus funciones no pueden tener barreras del tipo indicadores paralelos, objetivos opuestos, lenguajes diferentes, etc.

A partir de esta reflexión inicial, hagamos un poco de historia y veamos cuáles son las raíces y el crecimiento de la gestión clínica para conocer si estamos ante la base fundamental de nuestra práctica o ante una moda pasajera.

Hasta la segunda mitad de los años setenta del siglo pasado, en el ámbito de los servicios públicos sanitarios dominó el «racionalismo planificador» como elemento de gestión. Con la eclosión tecnológica en el ámbito de la salud se empezó a tener en cuenta la **eficiencia técnica** como elemento básico de la gestión. Posteriormente, en los ochenta, el impulso del «gerencialismo» introdujo un nuevo concepto como reacción al reto del techo presupuestario: la **eficiencia de gestión**.

Ha sido en los últimos veinte años cuando han ido apareciendo los conceptos que conforman hoy lo que entendemos por gestión clínica. En gran parte se lo debemos a otros sectores, como el industrial, que se han interesado por nuestro producto (el acto asistencial) introduciendo algunos elementos de cuestionamiento sobre él. Esto nos ha permitido romper el caparazón protector del «imperio oscuro del conocimiento» y aplicar mecanismos que **regulan, estandarizan y reducen la variabilidad**. Estos mecanismos tan frecuentes en las cadenas de montaje, controles de calidad, trazabilidad de los productos, etc., distan mucho de la tradicional «opinión del experto» tan propia de nuestro sector.

A principios de los noventa, *sir* Muir Gray, David Sackett y un grupo de epidemiólogos británicos aplicaron criterios de epidemiología clínica al día a día de la consulta, desarrollando los principios de la **medicina basada en la evidencia (MBE)**. La eficacia fue el principal aval de la práctica médica durante muchos años. Hoy continúa vigente aunque con matices y limitaciones importantes en su aplicación.

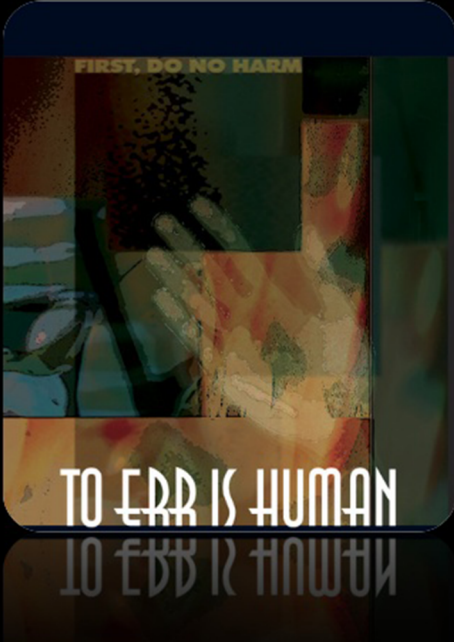
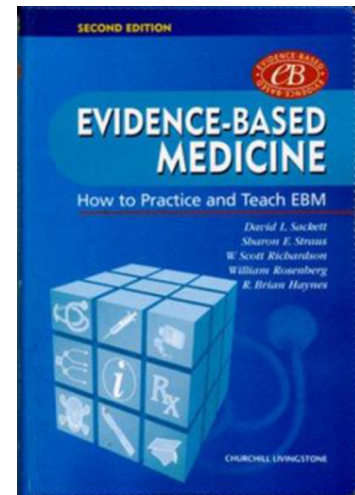
Al poco tiempo, instituciones científicas y profesionales sanitarios empezaron un movimiento reactivo a la capacidad de hacer daño que se deriva de la práctica médica y que escapa a las condiciones ideales de la MBE. Esto culminó en 1999 con el informe «To err is human» del Institute of Medicine, a partir del cual se introdujo un nuevo concepto que llevó a consolidar los **programas de seguridad del paciente** tan extendidos en la actualidad.



Sir Muir Gray

Background Info

- The Institute of Medicine's (IOM's) publication in 1999, *To Err Is Human*, called for a nationwide public mandatory reporting system to identify and learn from medical errors.
- The term "Never Event" was first introduced in 2001 by Ken Kizer, MD, former CEO of the National Quality Forum (NQF), in reference to particularly shocking medical errors.
- Before the IOM reports, medical errors were generally considered acceptable consequences of care and remained deeply hidden.

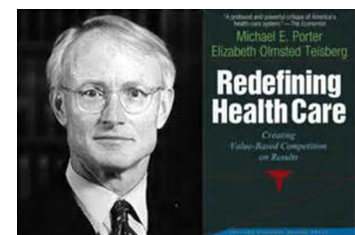



Finalmente, empujado por la crisis económica de la actual década y teniendo en cuenta los dos principios anteriores (eficacia y seguridad), aparece el tercer concepto que a nuestro entender completa la definición de gestión clínica, y que hace referencia al **valor que aporta la práctica clínica a la salud de las personas**. Este elemento es fundamental a la hora de gestionar unos recursos económicos limitados, lo que se define muy bien en el artículo «What is value in healthcare?» de Michael E. Porter, en el que plantea su propuesta de «*better health per dollar spent*».

Referencia bibliográfica

M. E. Porter (2010). «What is value in healthcare?». *The New England Journal of Medicine*.

$$\begin{array}{c}
 \mathbf{V} \\
 \text{(VALUE)}
 \end{array}
 =
 \frac{
 \begin{array}{c}
 \mathbf{Q} + \mathbf{S} \\
 \text{(QUALITY) (SERVICE)}
 \end{array}
 }{
 \begin{array}{c}
 \mathbf{\$} \\
 \text{(COST)}
 \end{array}
 }$$



De este tercer punto surgen los conceptos asociados al movimiento Right Care impulsado por el Lown Institute: «*Too much medicine*», «*Less is more*», etc. El *British Medical Journal* (BMJ), impulsor de la campaña «*Too much medicine*», pone de manifiesto la amenaza que la sobrediagnosís representa para la salud de las personas y denuncia el despilfarro de recursos que conlleva la práctica clínica inapropiada. Según denuncia BMJ, cada vez más personas sufren de sobrediagnosís y sobretratamiento. Su editora, Fiona Godlee, impulsora de la campaña, dijo:

«Así como la medicina basada en la evidencia, o la seguridad clínica, han sido los movimientos de las décadas anteriores, combatir el exceso es una manifestación contemporánea de un deseo ancestral: no hacer daño cuando lo que queremos es sanar.»

Tras esta breve introducción conceptual e histórica, creemos estar en disposición de proponer nuestra definición de gestión clínica:

Hacer **gestión clínica** es aplicar prácticas de valor, evitando actuaciones desproporcionadas o inútiles, garantizando la seguridad clínica con la mejor relación salud/coste.

Esta definición empieza a forjarse a finales de 1990 y principios del 2000. Se plantea el concepto de gestión clínica como una nueva forma de pensar, gobernar y gestionar las organizaciones sanitarias. En definitiva, se trata de hacer más gestora la clínica (devolución de responsabilidades de decisión y organización a los clínicos) y más clínica la gestión (mejorar la producción a través de una decidida inversión en gestión del conocimiento por parte de las instituciones sanitarias).

Para ello, hay que reconocer que el funcionamiento del sistema sanitario depende de millones de pequeñas decisiones individuales, y esto es imposible de regular con los instrumentos clásicos de gestión de recursos, actividad o costes.

2. La influencia de la economía y los modelos sociales

No se nos escapa que esta definición dinámica de lo que hoy entendemos por gestión clínica se ha visto influenciada por hitos históricos que han marcado el devenir económico de nuestra sociedad occidental.

En los últimos cuarenta años hemos tenido tres cambios importantes en el modelo de sociedad, que han marcado también al sistema sanitario.

1) El primero fue la **crisis del petróleo en 1973**. El soporte ideológico o la idea que nos debía sacar de esa crisis era la del Mayo del 68. Nos hallábamos ante una sociedad utópica, colectiva, socializada. Emergía la eclosión del estado del bienestar. Educación universal, pública y gratuita, y, a diferencia del pasado inmediato, seguridad ante las adversidades. Se contemplaba una sanidad pública, derecho al paro y pensiones. El concepto de salud que primaba era el de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «la salud no tiene precio». Y como modelo de salud, el que definía la Ley general de sanidad.

Como respuesta al concepto de equidad (de acceso, de prestación, de reparto de recursos, etc.) se planteaba la universalidad.

En cuanto a la eficacia, se dejaba en manos de los médicos: «el médico razona en términos de eficacia». Mientras que para la eficiencia (eficacia/coste) la respuesta era la planificación, como hemos dicho antes, el «racionalismo planificador».

2) El segundo cambio importante corresponde a la **caída del muro de Berlín en 1989**. El soporte ideológico o idea que debía sacarnos de esa crisis era el modelo neoliberal de «tonto el último». El estado del bienestar había crecido tanto que ya suponía el 25 % del PIB (situación diferente en España, donde, a pesar de ser del 22 %, se tenía que hacer frente al triple de paro que en otros países y se dedicaban menos recursos a otras prestaciones).

El concepto de salud ya no era el de la década anterior («la salud no tiene precio»), sino que empezaba a cobrar sentido que la salud era «un equilibrio entre los riesgos de la población y los recursos que se pueden usar contando con el ciudadano. La salud tiene un coste».

El modelo de salud que apoyaba esta idea, a pesar de que en 1991 se tumbara el informe «Abril Martorell» por decir, entre otras cosas, que los pensionistas pagaran la farmacia, se materializaba en 1992 con la LOSC (Ley de ordenación sanitaria en Cataluña), adaptación de la Ley General de Sanidad (LGS).

Como concepto de equidad, se añadía a la universalidad de la década anterior el efecto tasas: universalidad + tasas. Y respecto a la efectividad, se introducía el concepto organización: «la organización pone la eficacia al servicio de la sociedad».

Por último, la respuesta de esta década a la eficiencia (efectividad/coste) son los mecanismos de mercado regulado/mercado planificado, sobre la base de la competencia (cuanto más competente, más me contratan).

3) Por último, el tercer cambio importante de modelo de sociedad irrumpió con la **quiebra de Lehman Brothers en 2008**. El soporte ideológico o la idea que subyacía para sacarnos de esa crisis era la de la sociedad poscapitalista (reinvención del capitalismo). El impacto creciente sobre el PIB que supone mantener al estado del bienestar lleva a la insostenibilidad del modelo. La idea es la reinvención del estado del bienestar planteando el concepto de salud en términos de equilibrio entre las personas y el entorno. Es decir, un abordaje biopsicosocial del estado del bienestar.

Como respuesta a la equidad se plantea: universalidad + tasas + solidaridad (que pague quien pueda pagar). Mientras que respecto a la eficacia se cuestiona la evidencia por sí sola y se empieza a plantear pasar de la evidencia a la certeza o al valor de la práctica clínica. Evidencia compartida o *big data*.

Finalmente, la respuesta a la necesidad de eficiencia (eficacia/coste) se encuentra en los mecanismos de mercado regulado/mercado planificado, sobre la base de la competitividad (luchó por el paciente).

En 2007 el peso del sector inmobiliario sobre el PIB era altísimo. En 2008 dejan de llegar fondos de cohesión y desarrollo europeos con el paso de quince a veintisiete países en la UE. Estos hechos, junto con otros que no trataremos en este módulo, afloran una realidad importante:

La sostenibilidad del sector salud se pone en riesgo desde los años sesenta en todos los países industrializados dado que el gasto sanitario crece sistemáticamente por encima del PIB.

Aunque parece que el interés por el tema aumenta en épocas de crisis y disminuye en época de bonanza –cuando solo se habla de ello en círculos técnicos–, en la situación actual de crisis económica profunda, justificada por una crisis financiera, subyace un problema de competitividad grave que pone contra las cuerdas al sistema sanitario. Este problema de competitividad explica, en parte, que el sector salud arrastre un gran déficit debido a que la crisis en el sector salud no es la coyuntural del momento, sino que es una crisis de modelo, que no se abordó cuando tocaba porque se hubieran tenido que tomar medidas

en periodos de bonanza económica. Por tanto, a diferencia del resto, la crisis en el sector salud ya existía antes del 2008 y se recrudece ante la necesidad de hacer sostenible nuestro estado del bienestar.

En medio de este escenario y teniendo en cuenta los nuevos retos de sostenibilidad del sistema sanitario, como son la cronicidad, el envejecimiento de la población, la tecnificación de la medicina y los avances terapéuticos que ponen de nuevo en jaque a nuestro estado del bienestar, ¿cuáles son los retos de la sanidad del siglo XXI? La respuesta no es fácil, pero seguro que incorporará ideas del tipo: convertir el concepto de salud a la realidad de equilibrio entre riesgo y recursos con la colaboración del ciudadano. O la revisión del contrato social: «del estado del bienestar a la sociedad del bienestar».

En esta tabla se resumen los cambios históricos que han condicionado cambios en el modelo de sociedad y su impacto tanto en el concepto salud como en los modelos sanitarios:

Año	1973	1989	2008
Hito histórico	Crisis del petróleo	Caída del muro de Berlín	Quiebra de Lehman Brothers
Soporte ideológico	Movimiento Mayo del 68	Modelo neoliberal	Sociedad poscapitalista (reinven- ción del capitalismo)
Estado del bienestar	Eclosión. Educación universal, pública y gratuita. Seguridad garantizada (sanidad, paro y pensiones)	Estado del bienestar supone el 25 % del PIB	Reinvencción del estado del bie- nestar
Concepto de salud	«La salud no tiene precio»	«La salud es un equilibrio entre los riesgos de la población y los recursos disponibles»; «la sani- dad tiene coste»	«La salud es un equilibrio entre las personas y su entorno» (biopsicosocial)
Modelo sanitario	Ley general de sanidad (LGS)	En 1992, LOSC (Ley de ordena- ción sanitaria en Cataluña)	En cuestión...
Equidad (de acceso, de pres- tación, de reparto de recur- sos, etc.	Universalidad	Universalidad + tasas	Universalidad + tasas + solidari- dad
Eficacia	«Se asume que los médicos ra- zonan en términos de eficacia»	Efectividad: «La organización coloca la eficacia al servicio de la sociedad»	«De la evidencia a la certeza». Evidencia compartida. <i>Big data</i>
Eficiencia: efectividad/coste	Planificación	Mecanismos de mercado regu- lado/mercado planificado sobre la base de la competencia	Mecanismos de mercado regula- do/mercado planificado sobre la base de la competitividad

¿Por qué resulta conveniente esta reflexión histórica que hemos realizado hasta este momento? Por varios motivos que desarrollaremos más adelante pero que tienen un elemento común: la sociedad necesita que los agentes sanitarios (políticos, gestores y médicos) se complementen para conseguir que el beneficio en salud que se obtenga guarde proporción con el gasto realizado para conseguirlo.

Aquí dejamos cuatro elementos que os pueden ayudar a entender la evolución de la gestión clínica y el encaje en nuestro modelo sanitario:

- Entender que la gestión clínica tiene aspectos de macro-, meso- y micro-gestión, de los cuales administración, gobernanza, dirección, profesionales y sociedad somos corresponsables.
- Asumir que hay un paralelismo entre la evolución de la gestión clínica, los cambios importantes en los modelos de sociedad y los ciclos económicos que los condicionan.
- Que este paralelismo no es la causa de la evolución de la gestión clínica, sino su catalizador.
- La definición de gestión clínica se modula con la incorporación de nuevos conceptos, fruto de la evolución del conocimiento.

3. Conceptos básicos en gestión clínica

Para hacerlo más comprensible, desarrollaremos estos conceptos enmarcándolos en sus momentos históricos con el fin de poder observar el paralelismo entre el desarrollo de la gestión clínica, el momento socioeconómico y el modelo social: la introducción de los conceptos de **calidad** en la década de los sesenta, los **protocolos** en la de los setenta, el **consenso** en la de los ochenta, la **evidencia** en la de los noventa y la **seguridad** de los pacientes en la primera década del siglo XXI.



1) Calidad (década de 1960)

En el ámbito de la salud, el primer enfoque que conocemos se relaciona con el enfoque ético, concretamente, de la responsabilidad y compromiso del médico con su enfermo, «lo mejor para él». Este enfoque relacionado con el principio de beneficencia es la primera aproximación que tenemos respecto a la calidad asistencial. Más recientemente, el interés por la calidad en el ámbito de la salud está asociado a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (Suñol y Bañeres, 1997; Mira y otros, 1998).

Esta inquietud no es nueva. Ya en 1864 el interés de Nightingal hizo que se analizara con detalle la variabilidad de las tasas de mortalidad de varios hospitales y que se trabajara por reducirla en beneficio de muchos pacientes. Codman (1914) puso el foco en mejorar los resultados de la cirugía. Esto le llevó a proponer diversas estrategias para reducir la variabilidad con el objetivo de

reducir las tasas de mortalidad asociadas a procesos quirúrgicos. Hoy día, la calidad constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial (consumidores, pacientes, profesionales, gestores o políticos), tanto por razones éticas como por otras de interés particular, de índole económica y de efectividad de los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores (Aranaz, 1994; Suñol y Bañeres, 1997).

En la actualidad, se define la calidad asistencial basándose en la conjunción de una serie de parámetros:

- Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia.
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades.
- Prestar en forma idónea la atención sanitaria de la que se es capaz.
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Estos parámetros deberían definir un estándar de calidad asistencial, pero, como es fácil de suponer, esto no es sencillo y debe contar con la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad (Lee y Jones, 1993).

Por ello, es evidente que aunque todos recurrimos al mismo término de *calidad*, no todos entendemos lo mismo. Para el médico, proveedor o asegurador de un servicio asistencial, *calidad* significa fundamentalmente qué y cómo es ese producto (es decir, la efectividad). Para el cliente, en cambio, lo importante es para qué necesita el servicio y si respondió a sus necesidades y expectativas, lo que podemos definir como su satisfacción o utilidad. Para las organizaciones sanitarias o la Administración, lo importante es la relación coste-beneficio, es decir, la eficiencia. Por tanto, es importante que aunque todos estemos a favor de la calidad, creamos que sabemos lo que quiere decir y sepamos lo que hay que hacer, nos aseguremos de que el lenguaje es común.

La *práctica clínica* puede ser definida como el proceso de actuación sanitaria en relación con la atención a la salud del paciente (Gómez de la Cámara, 1998). Esta definición contempla la información clínica, las percepciones, los razonamientos, los juicios y las decisiones de los profesionales sanitarios, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican (Guyatt, 1991).

Si analizamos esta práctica clínica, veremos que no es un fenómeno exacto y reproducible. A menudo es difícil comprender la mecánica de la toma de decisiones de los médicos. Existe alta variabilidad en las decisiones del propio médico ante los mismos problemas y también entre diferentes médicos. De ello se deriva una gran incertidumbre en la práctica clínica (Marión, Peiró, Marquez y Meneu, 1998; Mira y otros, 1999).

Si hablamos del referente de la calidad asistencial, sin duda este es Donabedian (1966), quien sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria en tres bloques –estructura, proceso y resultados–, marcando desde ese momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario.

Sin lugar a dudas, la incorporación de la evaluación de la calidad y la cultura de la mejora continua han marcado un antes y un después al hablar de calidad.

Hoy por hoy podemos abordar esta evaluación y mejora de la calidad desde cuatro puntos de vista:

- El primero tiene su origen en la homologación y normalización del sector industrial y dio origen a una serie de normas llamadas normas ISO (UNE en España) de conocida aplicación en nuestro medio.
- El segundo, más propio del sector sanitario, se basa en la acreditación de centros y hospitales. Su máximo nivel de complejidad y desarrollo lo encontramos en la acreditación que otorga la Joint Commissions on Health Care Organizations, con sede en Chicago.
- El tercero está basado en la autoevaluación de la organización utilizando el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM), que, poco a poco, se va abriendo camino en el sector sanitario de los países de la Europa central y de España.
- El cuarto, un enfoque ecléctico, que siguen muchas instituciones sanitarias y que básicamente consiste en **combinar** diferentes perspectivas de los modelos arriba enunciados, de tal modo que, paulatinamente, la mejora de la calidad se va tornando una realidad en ellas.

Siguiendo con este glosario de términos vinculados a la gestión clínica y dado que con frecuencia existe una cierta confusión con los términos *protocolo asistencial*, *guía de práctica clínica*, *vía clínica*, etc., hagamos un breve repaso:

2) Protocolo (década de 1970)

El **protocolo** es un documento que tiene el objetivo de facilitar el trabajo clínico y que se elabora mediante una síntesis de información que detalla los pasos que se deben seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales y su finalidad es la de establecer un acuerdo que cumplir. Se adapta a las circunstancias reales (entorno y recursos disponibles).

Los protocolos son esquemas que describen cada paso en un proceso de diagnóstico clínico o de tratamiento.

Referencias bibliográficas

A. Arcelay; L. Hernández; M. Bacigalupe; J. Letona; R. M. González (1998). «Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Total». *Revista de Calidad Asistencial* (núm. 12, págs. 414-418).

A. Arcelay (1999). «Gestión de procesos». *Revista de Calidad Asistencial* (núm. 14, págs. 245-246).

W. E. Deming (1989). *Calidad, productividad y competitividad*. Madrid: Díaz de Santos.

European Foundation for Quality Management (1996). *Autoevaluación 1997: Directrices para el sector público*. E.F.Q.M.: Bruselas. (Traducido por el Club Gestión de Calidad, Madrid.)

Hay estudios que demuestran que la revisión de protocolos reduce una media de entre un 5 y un 15 % los costes asociados a este respecto al año previo.

3) Consenso (década de 1980)

Las **guías de práctica clínica** (GPC) son recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. En una GPC, los sesgos potenciales del desarrollo de esta deben aparecer señalados y las recomendaciones deben tener validez tanto externa como interna. A su vez, deben aparecer recogidos los beneficios, daños, costes de las recomendaciones y aspectos de su puesta en práctica.

Las **vías de práctica clínica** son un instrumento dirigido a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describen los pasos que deben seguirse, establecen las secuencias en el **tiempo** de cada una de ellas y definen las **responsabilidades** de los diferentes profesionales que van a intervenir.

Diferentes estudios concluyeron que el uso de las vías clínicas suponía reducir la estancia media en un 57 % en los casos de prótesis de rodilla y en un 46 % en prótesis de cadera (Wammack y otros, 1998).

Por su parte, otros estudios sobre el uso de protocolos y vías clínicas concluyeron que la reducción de la estancia media fue de 4,16 días y el coste medio en el hospital se redujo en un 19 % (Healey y otros, 1998).

4) Medicina basada en la evidencia (década de 1990)

La *medicina basada en la evidencia* ha sido definida como un **proceso que hace un uso consciente, objetivo y responsable de la mejor evidencia médica disponible para la toma de decisiones** en el día a día.

En 1993, David Sackett publicó el libro *Evidence-Based Medicine*, a partir del cual se empezaron a desarrollar escalas de evidencia y a promover la elaboración de guías de práctica clínica. Esta iniciativa propició el impulso de Cochrane Collaboration, una organización colaborativa que recoge, analiza y difunde la mejor evidencia disponible con el objetivo de potenciar la práctica clínica de valor.

Lectura recomendada

Para los más interesados en la elaboración de protocolos recomendamos la lectura del siguiente artículo:

J. Saura; P. Saturno (1996). «How are clinical procedures worked out? Proposal of a model for their design». *Atención Primaria* (núm. 18).

Los conceptos incluidos en esta definición pueden ofender a algunos profesionales que ya actuaban antes de esta manera. Sin embargo, la medicina basada en la evidencia da un paso más y sistematiza la búsqueda, el análisis y la aplicación de la evidencia, poniendo el acento en el aspecto docente y en la difusión sistemática, generando conclusiones para la toma de decisiones clínicas.

5) Seguridad del paciente (década de 2000)

Con el «Informe Bristol» surgió la necesidad en el Reino Unido de aumentar la seguridad y los niveles de garantía de los enfermos.

Hasta 35 niños que fallecieron en un hospital público de la ciudad inglesa de Bristol después de ser operados del corazón a principios de la década de los noventa podrían haberse salvado, según este informe. Entre las causas, el documento destacaba las negligencias del personal sanitario y la falta de infraestructuras para realizar ese tipo de operaciones y para el cuidado posterior de los enfermos.

El informe, que fue el resultado de una investigación independiente realizada en este hospital a petición de las autoridades británicas, se inició en 1998 tras la alarma que provocó el elevado número de muertes de niños registrado en ese centro médico.

Según el responsable de esta investigación, el profesor Ian Kennedy, no se trataba de culpar a nadie en concreto, sino de aprender del pasado para que no se repitieran estos sucesos.

Kennedy afirmaba que «una de las lecciones de Bristol es que la sanidad pública en el Reino Unido tenía que cambiar», ya que, en su opinión, el sistema carecía todavía de los niveles necesarios para garantizar la seguridad de los enfermos. En una declaración ante la Cámara de los Comunes, el ministro británico de Sanidad, Alan Milburn, citó toda una serie de medidas que aplicaría el Gobierno para evitar que se volvieran a producir este tipo de errores en el sistema de salud. Entre otras, se establecería una oficina independiente de información sobre la gestión del servicio médico, a la que podrían dirigirse los ciudadanos para ser asesorados, y se mejoraría la calidad y el control de los servicios en los hospitales.

En la misma línea, en noviembre de 1999 el Institute of Medicine de Estados Unidos publicó «To err is human», un informe muy duro sobre los efectos indeseables y las complicaciones derivadas de la actuación médica y del sistema sanitario en general.

Aunque las cifras estaban ceñidas al ámbito estadounidense, el documento forzó a que todos los gobiernos del mundo desplegaran programas de seguridad del paciente. En el marco de este movimiento se potenciaron algunos pro-

Referencias bibliográficas

D. L. Sackett; W. M. C. Rosenberg; J. A. Muir Gray; R. B. Haynes; W. Scott Richardson (1996). «Evidence based medicine: What it is and what it isn't». *BMJ* (núm. 312, pág. 71).

D. L. Sackett; R. B. Haynes; G. H. Guyatt; P. Tugwell (1991). *Epidemiología clínica: ciencia básica para la medicina clínica* (2.ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Referencia bibliográfica

C. Dyer (2001, julio). «Bristol inquiry». *BMJ* (vol. 323, núm. 7306, pág. 181).

gramas muy efectivos, como la promoción del lavado de manos, la identificación de pacientes, los registros de incidencias o el *checklist* quirúrgico, descrito por el cirujano Atul Gawande en el libro *The Checklist Manifesto*.

La **seguridad del paciente** es un componente clave de la calidad asistencial que ha adquirido gran importancia en los últimos años, tanto para las organizaciones sanitarias, gestores y profesionales –que buscan la excelencia– como para las familias y los pacientes –que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos.

La seguridad de los pacientes implica factores internos, legislativos y de gobernanza; por tanto, trasciende a una cuestión exclusivamente asistencial. La OMS estima que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o de atención insegura.

Desde que Sackett alertara de la capacidad de hacer daño que se derivaba del acto médico en los noventa, no ha parado de evolucionar el concepto de seguridad del paciente. Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son suficientemente importantes como para que las principales organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales, hayan desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

La OMS afirma que la carga económica derivada de una atención insegura genera costes directos e indirectos tales como: gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos y discapacidad, entre otros, que en algunos países pueden suponer costes de hasta 29.000 millones de dólares. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países con independencia de su nivel de desarrollo.

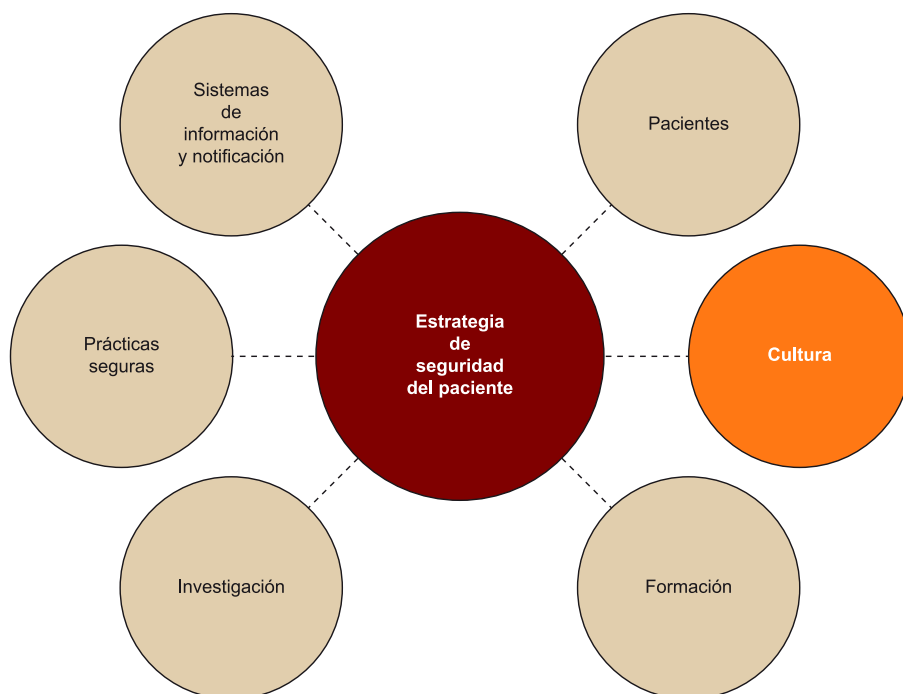
En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, lo que ha quedado reflejado en la estrategia número 8 del **Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS)**, que se viene desarrollando desde el año 2005 en coordinación con las comunidades autónomas.

Referencia bibliográfica

OMS (2008). *The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety.*

Estos objetivos, son reflejo de los objetivos propuestos en el **Programa de seguridad del paciente de la OMS**:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y la formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del sistema nacional de salud.
- Promover la investigación en seguridad del paciente.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en seguridad del paciente.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre seguridad del paciente.



Web recomendada

Se puede ver una presentación del Programa en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>.

4. De la macro- a la microgestión. Ámbitos de aplicabilidad

Es importante entender que la gestión clínica se da en ámbitos competenciales muy diferentes: desde el estrato de la administración o la gobernanza, pasando por la dirección de las organizaciones y acabando en el propio profesional asistencial.

En cada uno de los niveles puede producirse una dicotomía entre la cultura profesional del médico y la del gestor causada por el llamado «profesionalismo» del médico, muy ligado a su autonomía y a la dependencia exclusiva de su conocimiento («imperio del conocimiento»).

Esta diferencia de cultura profesional se traduce en una visión peyorativa de unos profesionales hacia otros. En la profesión médica es muy frecuente el menosprecio hacia los gestores. La profesión médica prioriza la atención al paciente por encima de todo y cree que la gestión les resta tiempo para realizar esta actividad, supone una sobrecarga de trabajo añadido y les limita su autonomía clínica.

En general, desconfían de la gestión porque presuponen que puede representar una pérdida de poder o libertad clínica y de valores, en la medida en que los valores éticos asistenciales pueden verse presionados por el intrusismo economicista de los gestores. Además, los profesionales creen que los gestores articulan directrices políticas sin criterio. Esta visión negativa de los gestores por parte de los profesionales parece tener algo que ver con el desconocimiento de su trabajo o con experiencias negativas al respecto. Y esto se puede entender porque en la formación de los médicos no se han contemplado nunca contenidos relacionados con la organización de la práctica médica, ni con el impacto económico de sus decisiones clínicas. Todos hemos oído esa frase tan poco justa y equitativa que dice «lo mejor para mi paciente» y que se contrapone a «lo mejor para todos los pacientes».

Por su parte, los gestores creen que los médicos no son conscientes del impacto económico de sus decisiones clínicas y que no tienen en cuenta que los recursos son limitados. Los gestores quieren hacer partícipes de la gestión a los clínicos, pero no saben muy bien cómo hacerlo.

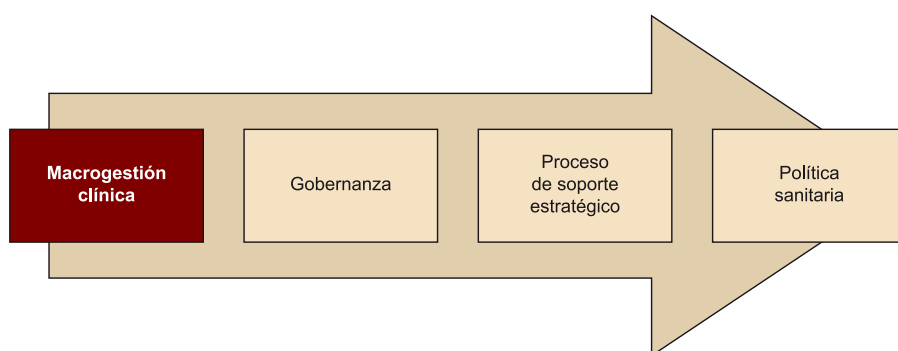
En la actualidad, fruto de la crisis estructural del sistema sanitario y de la propia crisis económica, surgen dos elementos que obligan al entendimiento de profesionales y gestores. Por un lado, la necesaria búsqueda de la eficiencia y, por otro, una exigencia de calidad de una población cada vez mejor informada

y con expectativas más altas. Este entendimiento solo se da cuando ambos colectivos, médicos y gestores, comparten un objetivo común: prestar la mejor asistencia posible con los recursos de los que se dispone.

Como decíamos al principio, esto es un poco más fácil cuando son médicos los que tienen responsabilidades de gestión y forman parte de las estructuras directivas. Este papel entre dos aguas a menudo es de difícil ejecución.

Veamos las diferencias y algunos ejemplos de gestión clínica desde la perspectiva de la macro-, la meso- y la microgestión.

1) Macrogestión clínica



La macrogestión clínica corresponde a aquellas políticas de las administraciones y/o de la gobernanza de las organizaciones orientadas a la calidad y la eficiencia. En general, afecta mayoritariamente a los procesos estratégicos a través de los cuales se obtienen los resultados esperados en cuanto a hacer lo que toca, hacerlo bien y al menor coste posible.

Un ejemplo de ello es el Proyecto de Real Decreto RD/2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por el cual se fijan las bases para la implantación y las funciones de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de los Servicios de Salud.

Artículo 5: Funciones de las Unidades de Gestión Clínica.

1. Para llevar a efecto la actividad sanitaria propia de su ámbito asistencial y dentro de las posibilidades que confiera el nivel de su autonomía organizativa y de gestión, podrá corresponder con carácter general, a las Unidades de Gestión Clínica:

1) La planificación de la consecución de los objetivos asistenciales, presupuestarios, docentes y de investigación, que puedan establecerse.

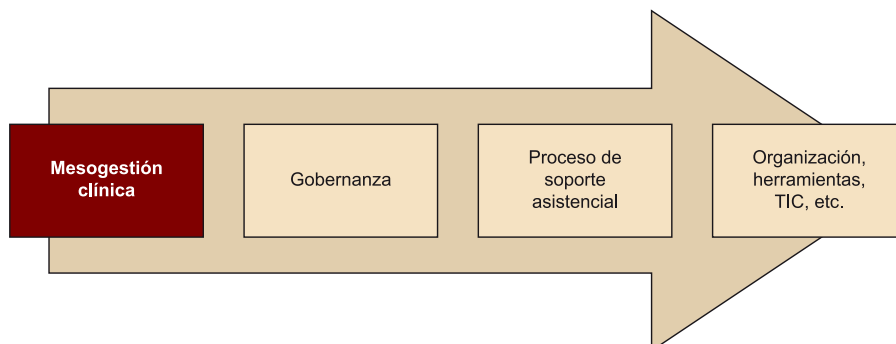
2) La configuración de los objetivos individuales de todos los profesionales que integran la Unidad de Gestión Clínica.

3) La planificación y propuesta de los horarios, turnos y tareas a desarrollar por cada profesional que integra la Unidad de Gestión Clínica.

4) La planificación de las necesidades de personal y la previsión de necesidades de selección de personal temporal necesario para el funcionamiento de la Unidad.

5) La planificación y propuesta de contratación de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la Unidad, así como el establecimiento de las previsiones de consumo de recursos asistenciales de otros niveles, que se identifiquen como precisos para el cumplimiento de los objetivos fijados.

2) Mesogestión clínica



La mesogestión clínica es la propiamente relacionada con los procesos de soporte asistencial y hace referencia a aspectos como la planificación, la organización, la evaluación asistencial, los programas de calidad y seguridad del paciente, las herramientas, las TIC, etc.

Básicamente está en manos de las gerencias, direcciones y mandos intermedios. Es el punto de mayor fricción entre gestores y médicos por las diferencias culturales que antes hemos mencionado.

Ejemplo de mesogestión son los planes estratégicos, los mapas de proceso, los cuadros de mando, las comisiones, etc. Últimamente la mesogestión se delega en procesos de acreditación que se convierten en verdaderas hojas de ruta, como por ejemplo: Acreditació d'equips d'atenció primària a Catalunya, Joint Comission Internacional o EFQM.

A nuestro entender, convertir las acreditaciones en hojas de ruta de la mesogestión desvirtúa tanto a la mesogestión como a los sistemas de acreditación de la calidad, ya que los objetivos de uno y otro no son los mismos.

En el gráfico 1 podemos ver un ejemplo de mapa de procesos típico de una organización sanitaria, y en el gráfico 2, un indicador de mesogestión propio de un cuadro de mandos.

Gráfico 1. Mapa de procesos

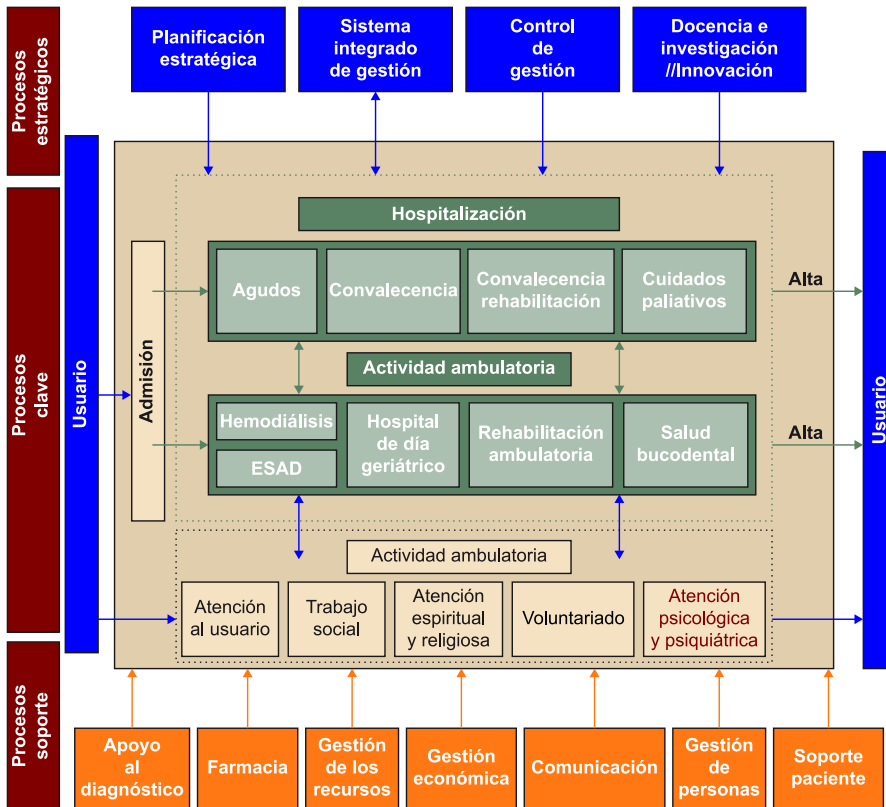
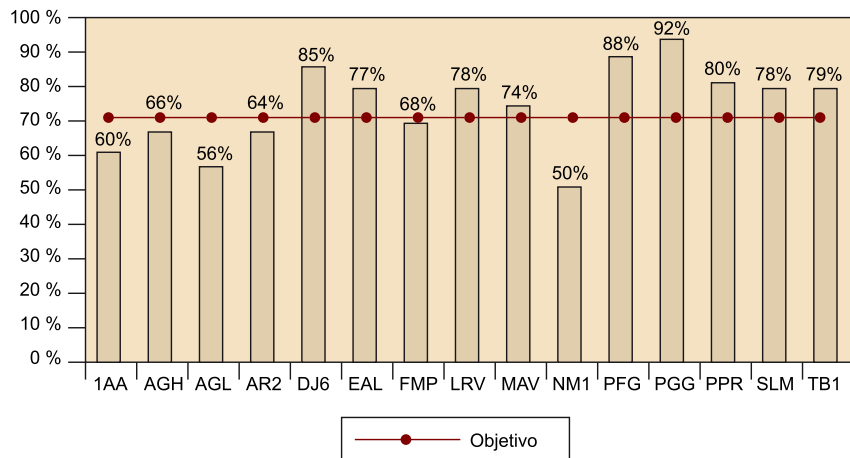
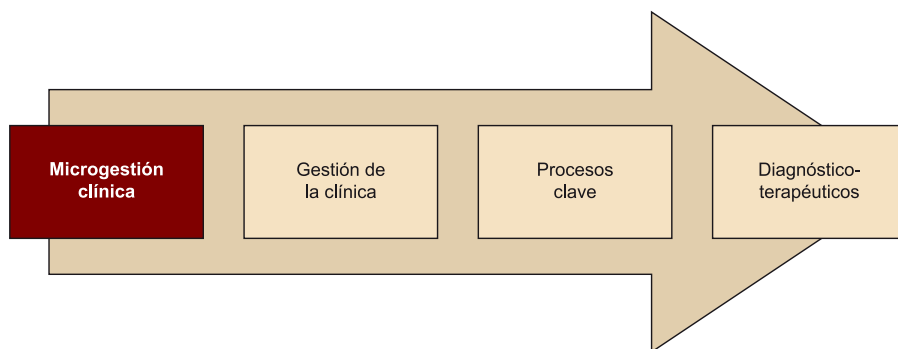


Gráfico 2. AP02. Pacientes con cardiopatía isquémica y tratamiento antiagregante adecuado



3) Microgestión clínica



Por último, la microgestión es la esencia de la gestión clínica, la propiamente relacionada con los procesos clave asistenciales. Es la que está en manos del médico.

Afecta básicamente a los procesos diagnósticos y terapéuticos, y ha ido evolucionando desde el **profesionalismo** (aquello que pasa dentro de la consulta con la puerta cerrada y que tiene mucho que ver con la opinión del experto: «esto a mí me funciona»), hasta un concepto mucho más actual, transparente y objetivo: la **profesionalidad**.

Sin duda, la microgestión necesita herramientas de soporte que ayuden al profesional a tomar decisiones más allá de la eficacia diagnóstica o terapéutica clásica, herramientas que incorporen seguridad y eficiencia.

En los últimos años y con el desarrollo de las nuevas tecnologías, las grandes bases de datos, o las políticas de *benchmarking*, están apareciendo iniciativas que ayudan al clínico a hacer gestión clínica en el día a día de su consulta. Algunas de ellas son:

- «Do not Do» de la NICE del NHS.



- «Choosing Wisely» de ABIM Foundation (sociedades científicas).



- Programa «Essencial» en Cataluña (liderado por la AQiAS).



- También los atlas de variabilidad de la práctica médica, como el «Dartmouth Atlas» o el «Atlas VPM» en España, son iniciativas al alcance de los profesionales que quieren incorporar la gestión clínica como elemento de calidad a su consulta.

Lectura recomendada

Recomendamos la lectura del siguiente artículo en el que se especifica las diferencias competenciales de los tres ámbitos: gobierno (macrogestión), dirección (mesogestión) y asistencia (microgestión):

N. M. Brennan; M. A. Flynn (2013). «Differentiating Clinical Governance, Clinical Management and Clinical Practice». *Clinical Governance: An International Journal* (vol. 18, núm. 2, págs. 114-131).

5. A retos diferentes, herramientas nuevas

Del mismo modo como hace veinticinco años irrumpió con fuerza en el sector sanitario el concepto de gestión clínica o *clinical governance*, y después del énfasis en la medicina basada en la evidencia y posteriormente en los programas de seguridad del paciente, es muy probable que el Right Care, que contempla visiones tan diferentes como seguridad del paciente, calidad y práctica clínica apropiada y eficiente, constituya el motor de cambio de la medicina de los próximos años.

Sin duda alguna, estamos ante un concepto muy potente que está avalado por instituciones de máximo prestigio sanitario a nivel mundial. Seguramente serán necesarias adaptaciones locales, y la velocidad de desarrollo e implantación podrá variar según los diferentes sistemas y países, pero lo que es indudable es que el Right Care va a marcar el futuro de la práctica de la medicina en los próximos años. Como en cualquier momento de la historia de la gestión clínica, el entendimiento y la complicidad entre gestores y clínicos tendrá un papel fundamental. Aún más, en un contexto de crisis que puede actuar de catalizador o de retardante.

Como en cualquier momento de la historia de la gestión clínica, el entendimiento y la complicidad entre gestores y clínicos tendrá un papel fundamental. Aún más, en un contexto de crisis que puede actuar de catalizador o de retardante.

Un elemento de gran importancia al hablar de Right Care es la **variabilidad clínica**. A este apartado vamos a dedicarle especial atención, ya que, a nuestro entender, desde el punto de vista de la gestión clínica, uno de los principales retos del sistema sanitario va a ser controlar esta variabilidad.

Está claro que la complejidad de la asistencia sanitaria, la escasez de recursos y la rápida innovación tecnológica no favorecen en nada el control de la variabilidad. La incertidumbre en el valor de las diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas determina diferentes formas de práctica asistencial y esto es lo que conocemos como variabilidad de la práctica clínica.

Ya en los años treinta los estudios de Allison Glover objetivaron que las diferencias en la tasa de amigdalectomías entre escolares de una misma ciudad se situaban en torno al 40 %. Ya en los setenta, estudios más rigurosos realizados por Wennberg y Gittelshon en Vermont demostraron que la variabilidad en la tasa de amigdalectomías oscilaba entre el 70 y el 80 %, las histerectomías entre el 15 y el 60 %, y las prostatectomías entre el 5 y el 15 %.

¿Y por qué existe esta gran variabilidad? Básicamente por tres factores:

- Factores dependientes de la población.
- Factores dependientes de la oferta de servicios.
- Factores dependientes del médico; surge por la incertidumbre provocada por la falta de evidencia científica: solo el 15 % de las decisiones clínicas están basadas en evidencia científica, mientras que el resto se toman sobre la base de la experiencia personal (conocida como opinión del experto). En general, el profesional actúa y toma decisiones basadas en sus preferencias, creencias o percepciones sobre el valor marginal de una intervención (efectividad subjetiva).

En los estudios de Wright en Ontario (Canadá), en una encuesta a 250 cirujanos ortopédicos sobre la indicación de la artroplastia de rodilla, hubo un desacuerdo en 20 de las 34 características por las cuales realizaban la indicación quirúrgica.

Si miramos el número de artroplastias de rodilla y cadera por 100.000 habitantes en los países europeos, la horquilla de variabilidad va de las 50 de Grecia, pasando por las 180 de España y acabando en las 280 de Alemania. Y por si esta variabilidad nos parece poco creíble, dentro de la propia comunidad de Madrid el número de artroplastias de rodilla por 100.000 habitantes va de 22 a 65 en función del centro hospitalario.

Este mismo análisis lo podemos realizar con los costes entre diferentes países, regiones, centros y profesionales, y encontraríamos grandes diferencias, reflejo evidente de la variabilidad.

La variabilidad de la práctica médica repercute de manera negativa en la calidad asistencial, condicionando tres tipos de problemas:

- Problemas de efectividad. Nos referimos a cuando las probabilidades de sufrir una intervención innecesaria o de tener un peor resultado son diferentes en función del profesional o del hospital en el que el paciente es intervenido.
- Problemas de eficiencia. Es decir, cuando hay una utilización inapropiada de recursos con la pérdida de coste oportunidad que significa.
- Problemas de accesibilidad. Aparecen si podemos demostrar que un paciente tiene probabilidades diferentes de ser operado en función del hospital que tenga asignado.

Es por estas tres consecuencias de la variabilidad de la práctica médica por lo que debemos buscar estrategias y métodos que nos ayuden a reducirla en aras de mejora de la calidad asistencial.

Las estrategias para la reducción de esta variabilidad son las siguientes:

- Las **auditorías médicas**: las auditorías son herramientas que, a través del desarrollo de estándares con los que comparar la práctica diaria, nos permiten aplicar soluciones a la identificación de un problema.
- La **investigación de resultados**: basada en la medición específica de resultados objetivos, permite aplicar medidas correctoras.
- La **elaboración de guías clínicas, protocolos y vías clínicas**, que permiten mejorar resultados. El uso de vías clínicas ha demostrado reducir la estancia media hospitalaria en un 57 % en casos de prótesis de rodilla y en un 46 % en los de cadera.
- El **benchmarking** como herramienta de mejora continua. Aunque sea una herramienta muy interesante a la hora de conocer los aspectos clave en los que mejorar y sobresalir a través de la comparación con los mejores, la forma de presentación en forma de ranking a menudo la desvirtúa. A pesar de ello, una vez identificado el modelo que se debe seguir, permite implementar mejoras para alcanzar el punto de referencia (*benchmark*). A través de estos programas, muy extendidos en Estados Unidos y cada vez más en nuestro entorno, podemos encontrar experiencias que demuestran reducciones en la mortalidad, las complicaciones, la estancia media o los costes medios. Es muy importante, en todos los programas de *benchmarking*, ajustar todas las variables, ya que la complejidad o el riesgo diferencial puede desvirtuar los resultados.
- La **evaluación económica**. Aunque a los clínicos esta terminología nos produzca alergia, este es un elemento importante que condiciona la variabilidad clínica. Debemos contemplar como estrategia a la hora de disminuir la variabilidad la evaluación de los beneficios y los costes de al menos dos intervenciones alternativas mediante técnicas del tipo: minimizar costes, estudios de coste-efectividad, estudios de coste-beneficio o estudios de coste-utilidad.
- La **creación de registros**. La creación de registros en los países y comunidades autónomas, como los de artroplastia, tumores, etc., son importantes

Lectura recomendada

J. D. Mabrey; J. S. Toohey; D. A. Armstrong; L. Lavery; L. A. Wammack (1997). «Clinical pathway management of total knee arthroplasty». *Clinical Orthopaedics and Related Research* (núm. 345, págs. 125-133).

Referencia bibliográfica

W. L. Healy; F. M. Kirven; R. Iorio; D. A. Patch; B. A. Pfeifer (1995, abril). «Implant standardization for total hip arthroplasty. An implant selection and a cost reduction program». *The Journal of Arthroplasty* (vol. 10, núm. 2, págs. 177-183).

para disponer de información fiable y hacer recomendaciones con evidencia de mayor efectividad a largo plazo o mayor coste-eficiencia.

Finalmente, y como un capítulo aparte, por su significación actual, queremos hablar de lo que entendemos por **Right Care**, probablemente, la herramienta que nos permitirá afrontar las necesidades del presente y del futuro inmediato.

El movimiento Right Care, como su nombre indica, lo constituyen una serie de iniciativas orientadas a promover la práctica clínica que aporta valor y que se ajusta a las necesidades reales de las personas. Esto comporta cuestionar con rigor académico el malgasto asociado al sobrediagnóstico y al sobretratamiento con un doble objetivo:

- Dejar de hacer lo que no aporta valor para dedicar esos recursos a lo que sí lo aporta.
- Reducir la capacidad de hacer daño que se deriva de las actuaciones desproporcionadas (*overtreatment* y *overuse*).

En abril de 2012, The Lown Institute convocó una conferencia en Boston con el lema «*Avoiding Avoidable Care*» ('Evitando la asistencia evitable'). En esta conferencia surgió una declaración con la intención de crear un movimiento profesional, académico y social a favor de un nuevo sistema sanitario que sea sostenible, efectivo, racional, personalizado y justo:

«Declaration of Principles of the Right Care Alliance

Whereas:

- Modern medicine offers important benefits, yet it also has the capacity to cause harm;
- Those harms arise from three central failings of medical systems: the overuse, underuse, and misuse of medical services. Of these, overuse - including overdiagnosis, overtreatment, and the use of ineffective, unnecessary, and unwanted medical tests and treatments - has received the least attention;
- Overuse is common and tacitly accepted in modern health care.
- Overuse exposes patients to harm, including the risk of serious injury or death, suffering, and financial ruin, with little or no possibility of benefit.
- Overuse diverts resources from the provision of needed care, and crowds out investment in social services, education, nutrition, and other non-medical contributors to health;
- The health care industry puts money before people and allows personal and commercial interests to distort clinical decisions, thus betraying patients' trust.
- Clinicians and health care leaders have an ethical obligation to protect patients from the harms of both underuse and overuse.

Therefore we, the signatories of this document, declare that performing unnecessary medical tests and treatments is unethical and unacceptable. We join the call for the medical profession to renew its sense of duty and commitment to patients. We call on health care leaders to recognize their ethical obligation to put patient care first. We call on civil society to advocate for a medical system that is affordable, effective, rational, personal, and just.

Referencia bibliográfica

V. Serra-Sutton; A. Allepuz; M. Espallargues; J. Pons (2008). «Revisión de registros de artroplastias: experiencias internacionales». Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

We believe:

- The delivery of medical care is a moral enterprise that begins with the bond between clinician and patient.
- The profession of medicine is a calling, distinct from the business of health care.
- Every person deserves access to effective, humane, and affordable health care.
- Good medicine requires valid, unbiased science.
- Medicine exists to ease human suffering and promote the health of individuals and communities. health care must be reorganized to fulfill this mission.

In a transformed health system, patients can expect to:

- have access to the care they need
- be able to advocate for care that better meets their needs
- be safe from unnecessary treatment and needless harm
- feel cared for as whole persons
- be protected from commercial interests
- be informed and involved in choices about their treatment

In a transformed system, clinicians can expect to:

- have the time they need to care for their patients
- make clinical judgments in the best interests of their patients
- be free from undue worry about litigation
- feel supported in their efforts to improve care
- feel confident in the science that supports their decisions
- feel proud of their profession and privileged to serve patients

Our pledge:

We, the clinicians, patients, and others who sign this document, commit to support the best care possible. We clinicians accept the ethical obligation always to put patients' needs first. We acknowledge that there are limits to our collective knowledge and power to cure. We agree to spread our sense of this obligation. We recognize the power we have gained through our training and status as clinicians, and accept our responsibility to engage our patients, learn their preferences, and share treatment decisions. As patients, we recognize our power to spur change with our collective voices.

Together, we choose to take action because we know the current system is neither morally nor economically sustainable. To this declaration and its principles, we pledge our energy, our skills, and our voices.»

Bajo el concepto de medicina apropiada se integran muchas y potentes iniciativas, nacidas y desarrolladas básicamente en Estados Unidos y en Inglaterra, pero actualmente presente en muchas partes del mundo: «*Too much medicine*», «*Less is more*», medicina mínimamente disruptiva, *desprescribing*, etc. Podemos ver estas iniciativas representadas en la «Declaration of Principles of the Right Care Alliance» del The Lown Institute que hemos visto antes.

1) «*Too much medicine*»

Shannon Brownlee, periodista científica autora del libro *Overtreated*, es una gran impulsora del movimiento Right Care. Es muy crítica con el impacto social de una práctica clínica no centrada en el valor salud, la falta de transparencia de la investigación, la falsa aparición interesada de nuevas enfermedades y la tecnificación inapropiada de la vida.

Podéis ver este interesante vídeo sobre el tema: «Is too much medicine us sick?».

2) «Less is more»

«Less is more», de JAMA Internal Medicine, comenzó en abril de 2010 con el fin de poner en el mapa los efectos secundarios de pruebas diagnósticas y tratamientos que de por sí ya no aportan valor.

Recomendamos este otro vídeo: «High Value Medical Care: Why Sometimes Less is More».

3) Medicina mínimamente disruptiva

El Dr. Montori, endocrinólogo de la Mayo Clinic, define la *medicina mínimamente disruptiva* como:

«[...] la atención sanitaria diseñada para conseguir objetivos de mejora de salud para pacientes con diversas patologías crónicas dejando la mínima huella posible en sus vidas. Para conseguirlo, pacientes y médicos deben tomar decisiones de manera conjunta sobre cuáles son los tratamientos que mejor se ajustan a la forma de ser y de vivir del paciente.»

Os recomendamos dos materiales interesantes:

El siguiente vídeo, donde el Dr. Montori explica su experiencia en la Mayo Clinic: «Minimally Disruptive Medicine».

Y el siguiente artículo del *British Medical Journal*: «We need minimally disruptive medicine».

Dos de los principales efectos que combate el Right Care son el sobrediagnóstico y el sobretratamiento:

4. Sobrediagnóstico y sobretratamiento

El *medical overuse* o actuación médica exagerada es el efecto de proveer servicios clínicos cuando los riesgos de causar efectos indeseables son mayores que los supuestos beneficios, o cuando estos son inapreciables, o cuando se cree que los pacientes rechazarían la actuación si estuvieran bien informados. El concepto *medical overuse* hace referencia tanto al sobrediagnóstico como al sobretratamiento. El **sobrediagnóstico** se da cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían síntomas ni les acortarían la

Referencia bibliográfica

C. May; V. M. Montori; F. S. Mair (2009). «We need minimally disruptive medicine». *BMJ* (339, b2803).

vida. El **sobret ratamiento** son las actuaciones terapéuticas fútiles, con escasa evidencia, con indicaciones dudosas o interesadas o por acciones claramente excesivas para las expectativas de un paciente en concreto.

Un equipo de expertos, liderados por Daniel Morgan, de la Universidad de Maryland, han publicado una revisión sistemática, «2016 Update on Medical Overuse. A systematic Review», de la cual hemos elegido algunas conclusiones a modo de ejemplos tanto de *overtreatment* como de *overuse*:

- En una década se han disparado las pruebas de imagen y derivaciones al especialista en pacientes con cefalea de bajo grado sin resultados clínicos diferentes. Un estudio retrospectivo de casi 10.000 pacientes que consultaron en urgencias por dolor de cabeza sin traumatismo ni signos clínicos de riesgo comparó el periodo 1999-2000 con 2009-2010 y vio que las peticiones de pruebas de imagen se había duplicado (del 6,7 al 13,9 %), del mismo modo que lo habían hecho las derivaciones al especialista, que pasaron del 6,9 al 13,2% sin que se modificaran los *outcomes* clínicos.
- Los controles intensivos de glucemia en diabéticos mayores pueden aumentar las complicaciones de la enfermedad. En un estudio norteamericano se ha demostrado que las personas mayores diabéticas con controles intensivos de glucemia, o de hemoglobina A1c, pueden tener un número más alto de complicaciones, como por ejemplo las hipoglucemias.
- Pacientes anticoagulados de forma innecesaria. En una cohorte de 10.000 pacientes de menos de 60 años con fibrilación auricular sin lesiones estructurales cardíacas, se descubrió que entre el 23 y el 27% de los pacientes estaban anticoagulados de forma innecesaria y peligrosa, ya que en estas personas los riesgos de hemorragia exceden los de los potenciales beneficios.

Referencia bibliográfica

J. N. Mafi; S. T. Edwards; NB. P. Pedersen; R. B. Davis; E. P. McCarthy; B. E. Landon (2015). «Trends in the ambulatory management of headache: analysis of NAMCS and NHAMCS data 1999-2010». *The Journal of General Internal Medicine* (vol. 30, núm. 5, págs. 548-555).

Referencia bibliográfica

K. J. Lipska; J. S. Ross; Y. Miao. N. D. Shah; S. J. Lee; M. A. Steinman (2015). «Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control». *JAMA InternMed* (vol. 175, núm. 3).

Referencia bibliográfica

J. C. Hsu; P. S. Chan; F. Tang; T. M. Maddox; G. M. Marcus (2015). «Oral anti-coagulant prescription in patients with atrial fibrillation and low risk of thromboembolism: insights from the NCDR PINNACLE registry». *JAMA InternMed* (vol. 175, núm. 6, págs. 1062-1065).

6. Una última reflexión

La aceleración de la tecnología va a suponer un cambio del crecimiento lineal al crecimiento exponencial. Los grandes cambios a lo largo de la historia, los que han modificado sustancialmente el mundo, son cambios disruptivos. La fotografía digital, el móvil, internet, etc. Hoy en día, la empresa hotelera más grande del mundo ya no tiene hoteles (RB&B), la empresa de taxis más grande del mundo no tiene taxis (Uber), la mayor tienda de música del mundo tampoco tiene ni una sola canción.

Detrás de todos estos cambios, el modelo de negocio cambia, el valor del negocio se multiplica exponencialmente y, por último, la titularidad del negocio también cambia de manos. ¿Qué va a pasar en el sector de salud y, de rebote, en el concepto de gestión clínica?

Según los expertos en *big data*, la capacidad de computación de los ordenadores se duplica cada dieciocho meses. Así pues, en muy poco tiempo la capacidad de datos que seremos capaces de procesar y generar será inimaginable. Recordemos que en 1996 IBM presentó el Deep Blue (ordenador que derrotó a Gari Kasparov), a los dieciocho meses apareció el Deeper Blue, que duplicaba su capacidad, y hoy el MD Anderson ya está usando el Watson aplicado a la oncología.

Son importantes también elementos como la hiperconectividad, con toda la casuística y conocimiento de todos los médicos del mundo en un ordenador, que permitirá definir guías y procesos individualizados con muchísima más seguridad; y la biotecnología: el análisis del ADN puede llegar a ser obligatorio para toda la población (Geneplanet), predecir enfermedades, individualizar tratamientos y potenciar aquello que depende de nosotros (hábitos saludables, etc.).

Veremos también un rapidísimo avance de la biotecnología sintética con la creación de órganos, vasos sanguíneos, etc. (organovo), así como de la robótica: impresión 3D de prótesis, tráqueas, cartílagos, manos, etc. (cada año se reduce un 50 % el coste de las impresoras). Y la cirugía robótica a distancia, aumentando la «n» (el número de intervenciones) de los cirujanos, es decir, concentrar la experiencia y la reducción de la variabilidad.

Hoy en día la nanotecnología está permitiendo que muchas compañías que investigan en esta línea de la regeneración del individuo se atrevan a afirmar que en 2050 la esperanza de vida será de 150 años.

Todo esto que no lo parece, hoy ya es una realidad, y con toda seguridad va a modificar el futuro del abordaje de la salud y, consecuentemente, de la gestión clínica como hoy la entendemos.