

Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud

Medwave, Año XII, No. 5, Junio 2012. Open Access, Creative Commons.

Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica

Autora: Angélica Román⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Enfermera universitaria, ex relatora de e-Campus de Medwave, Chile (QEPD)

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5418>

Ficha del Artículo

Citación: Román A. Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. *Medwave* 2012 Jun;12(5) doi: 10.5867/medwave.2012.05.5418

Fecha de envío: 3/2/2012

Fecha de aceptación: 15/5/2012

Fecha de publicación: 1/6/2012

Origen: publicación póstuma

Tipo de revisión: sin revisión por pares

Resumen

Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. La gestión, en el ámbito de salud en Chile, se puede dividir en tres grandes niveles: Macrogestión, Mesogestión y Microgestión. Y está marcada por los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología, la presión de los usuarios que exigen mejores servicios y, principalmente, por un gigantesco aumento de los costos que no se respalda con evidencia respecto de una mayor eficiencia en los resultados sanitarios.

La gestión clínica es algo más que una herramienta de gestión. Es un cambio cultural que aportará nuevos valores al quehacer de los profesionales y al conjunto de la organización. No obstante, ello exige determinados compromisos del equipo humano como son los de aprender a dirigir y ser dirigidos, contribuir a las decisiones de gestión y de organización en el mejoramiento de las instituciones.

Abstract

Management is leading, administering resources, and achieving the goals and objectives that have been set. In the Chilean health care system, management can be subdivided in three main levels – macro-management, meso-management and micro-management. Managing health care is also about epidemiological changes, information and technology innovations, patient groups demanding better services, but mostly about a huge escalation in costs that is not necessarily substantiated by evidence on more efficiency in health outcomes.

Clinical management is more than a management tool. It is a cultural change that will provide new values to professional practice and to the organization as a whole. However, clinical management demands more commitment on behalf of the human teams that need to learn how to lead and to be led. These teams will be called upon to help in the decision-making process for the betterment of the institution.

Gestión

¿Qué es la gestión?

Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

La gestión, en el ámbito de salud, se puede dividir en tres grandes niveles que, en la realidad chilena, son los siguientes:

Macrogestión o gestión reguladora

Se refiere a la política sanitaria y al papel del Estado que se expresa en dos ámbitos principales:

- Intervención en aquellos aspectos en los que el mercado no garantiza el derecho a la salud de los ciudadanos.
- Creación y aplicación de políticas públicas que protejan y ayuden a mejorar el estado de salud de la población.

Estas líneas de acción se materializan en medidas como la educación en estilos de vida saludables, protección del medio ambiente, incorporación de tecnología en el marco del desarrollo sustentable; cobertura financiera de las atenciones de salud mediante el seguro público de salud, la definición de políticas y prioridades para la asignación de recursos y, en algunos países como Chile, también en la organización y articulación de los servicios sanitarios de la red pública.

Mesogestión o gestión de redes

Comprende la articulación de los establecimientos de complejidad diferenciada para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Incluye la coordinación entre los diversos centros, hospitales y otros establecimientos de salud (públicos o privados), los cuales deben ofrecer una cartera de prestaciones definida que incorpore acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, con el fin de concretar las metas sanitarias establecidas para el país.

Microgestión o gestión clínica

Se lleva a cabo al interior de los servicios clínicos y centros ambulatorios. Se ocupa principalmente del quehacer de los profesionales del área clínica. Una particularidad del sector de la salud es que los profesionales se encargan de asignar la mayor parte de los recursos, por intermedio de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas a diario en condiciones de incertidumbre. Las actividades tendientes a disminuir la incertidumbre y controlar los resultados de este proceso competen a la gestión clínica.

Antecedentes

En el marco de la evolución y de los cambios sociales acontecidos en el siglo XX, surge en el sector sanitario del mundo occidental la necesidad de nuevas fórmulas de gestión para adaptarse a las demandas de la sociedad. La nueva situación está marcada por los cambios epidemiológicos, las innovaciones en los sistemas de información y en la tecnología, la presión de los usuarios que exigen mejores servicios y, principalmente, por un gigantesco aumento de los costos que no se respalda con evidencia respecto de una mayor eficiencia en los resultados sanitarios.

Este aumento en los costos, evidenciado en la últimas décadas en la casi totalidad de los sistemas de salud, tiene causas profundas y complejas.

Primero:

La evidencia respecto de la influencia relevante en el aumento de los costos que han tenido los sistemas de pago de la actividad hospitalaria, en particular el llamado pago por prestación. Este modelo ha incentivado a los centros y a los profesionales a utilizar más prestaciones que las necesarias para resolver los diferentes casos. Por ejemplo, más exámenes de laboratorio y más días/cama utilizados tienen el incentivo de mayor pago, aún cuando clínicamente no se justifiquen.

En este aspecto, los gobiernos y gestores en el mundo occidental han elaborado diversas estrategias para contener este incremento desmedido, especialmente en el ámbito hospitalario.

Entre estas diversas estrategias, la implantación de un nuevo sistema de pago de las prestaciones denominado Pago por Resultados en Salud, ha sido la que ha tenido más éxito. Por eso, la lógica implícita en los procesos de reforma sanitaria en el mundo occidental apunta a un cambio paradigmático en salud: la lógica de los resultados sanitarios.



En este nuevo paradigma las aseguradoras han traspasado progresivamente el riesgo a los prestadores, quienes deben garantizar que producirán estos resultados sanitarios con los más bajos costos y a un nivel de calidad que les permita satisfacer a usuarios cada vez más exigentes. De esta nueva responsabilidad, propia de dicho sistema de pago, surge en los prestadores la necesidad imperiosa de controlar sus procesos productivos y asegurar la obtención de resultados satisfactorios y competitivos en la atención de salud. No obstante esta necesidad, desde el punto de vista de la gestión, resulta complejo controlar la producción de miles de casos diferentes que son atendidos en los hospitales.

Si consideramos que la producción de servicios de salud es una actividad científica, en la cual es posible establecer rasgos comunes que asemejan a algunos y diferencian a otros, y que las enfermedades tienen un conjunto específico de maneras de presentarse, es posible clasificar a los pacientes en grupos similares en cuanto a necesidades de diagnóstico, tratamiento y tipo de cuidados.

Este modelo ha encontrado reconocimiento en los grupos de profesionales sanitarios, quienes, al validar las agrupaciones como categorías clínicamente interpretables, las han incorporado a sus prácticas cotidianas en la medida que los centros hospitalarios primero y luego los países, han adoptado modelos de gestión o financiamiento de la actividad clínica. Estos últimos se basan en la

utilización del modelo GRD (Grupos Relacionados de Diagnósticos). Existe abundante evidencia respecto a las ventajas que este modelo representa en la contención de costos y evaluación de calidad en cuanto al proceso de atención de salud, especialmente en escala hospitalaria.

El propósito original del sistema GRD que se desarrolló en la década de 1960 en la Universidad de Yale para facilitar el mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria, fue el de medir el rendimiento de un hospital con el fin de facilitar el mejoramiento de su calidad y como apoyo para pago de hospitales y financiamiento del sistema sanitario.

Estos sistemas de clasificación de pacientes se utilizan para establecer una base de comparación que permita homologar casos y así poder revisar la utilización de los recursos empleados en los procesos respectivos, además del desarrollo de programas de garantía de calidad en los centros hospitalarios.

Las cantidades de prestaciones necesarias en estos modelos no las define cada profesional en forma separada e individual. Éstas se determinan sobre la base de los resultados obtenidos con grandes grupos de casos e instituciones, con cumplimiento de estándares internacionales de comparación respecto del costo de resolución de casos homogéneos. Por ello, la lógica del pago por resultados en salud corresponde directamente a la estructuración de grupos de enfermedades homogéneas respecto de su consumo de recursos y su tipo, dado que permite controlar una cantidad manejable de procesos productivos. Los hospitales que trabajan con estos modelos concentran en 25 tipos de GRD casi el 70% de sus egresos.

Segundo:

Este incremento de costos se relaciona con la explosión de tecnología disponible para el diagnóstico y tratamiento, cuyos beneficios, aunque indiscutibles en lo general, hay que analizarlos en lo particular. Este análisis debe centrarse especialmente en la pertinencia y cantidad con que se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y, sobre todo, en el costo-beneficio que ellos presentan respecto de otras intervenciones de menor costo y riesgo. En las organizaciones sanitarias, los profesionales de la salud toman día a día decisiones que afectan la oportunidad y la calidad de los servicios, además de su costo. Tales decisiones se basan en los conocimientos y valores de cada uno de ellos y son decisivos en la eficacia y eficiencia de la atención. En este proceso de decisiones personales, los pacientes quedan a merced del grado de información que tenga el profesional que los atiende. En consecuencia, aumenta el riesgo de alteraciones iatrogénicas y, sobre todo, la dependencia de un juicio clínico que no se basa en el saber conjunto de las profesiones respectivas en un momento determinado.

Un elemento que se ha de considerar es la presión intensa que ejerce sobre los profesionales clínicos la industria tecnológica y farmacéutica de salud con el objeto de influir en las decisiones de consumo que ellos toman cotidianamente. Esta presión se expresa en múltiples formas, algunas sutiles y otras no tanto, que se pueden

observar en las instituciones de salud. Podemos citar algunas, como la utilización de marcas registradas de fármacos respecto de los cuales no hay evidencia de mayor eficacia clínica, pero que algunos profesionales indican repetidamente. Asimismo, ocurre con insumos como los *stent* para cardiocirugía o las suturas metálicas y otros, de gran impacto en los costos que se utilizan sin evidencia de respaldo que justifique su incorporación.

Esta gran variabilidad no deseada en la práctica clínica, que afectan a todos los actores del sistema sanitario en escala mundial, ha determinado un gigantesco aumento del gasto en salud sin la correspondiente mejora de la calidad o de los resultados de las atenciones. Lo anterior se manifiesta en más días de estadía, procedimientos no justificados, uso inadecuado de recursos, aumento de complicaciones, entre otros.

Por eso ha surgido como estrategia mundial para hacer frente a esta situación, la incorporación de diferentes sistemas de normalización de prácticas clínicas que se fundamentan en los principios de la Medicina Basada en Evidencias.

A partir de estas consideraciones surge la necesidad de evaluar las diferentes opciones de manejo de una misma entidad, en pos de evidencia que sustente las ventajas de una opción sobre las demás. La gestión clínica parte del principio de que las decisiones diagnóstico-terapéuticas, además de las correspondientes medidas de promoción, prevención y rehabilitación, deben apoyarse en evidencias científicas que validen las bondades de los distintos manejos y también las consecuencias y costos de dichas medidas.

El ejercicio clínico del futuro se basa en la evaluación, la reflexión y la autocrítica, porque sin ellas no es posible mejorar la atención.

Tercero:

Por otra parte, hay evidencia aplastante de que **el mayor gasto en salud ocurre al interior de las estructuras hospitalarias**, donde se concentra más de 50% del gasto total. Además, el mayor impacto en la mejora de indicadores de salud se asocia con las estrategias preventivas y promocionales vinculadas a la atención abierta y extrahospitalaria, y a cambios sociales ajenos a las estructuras de salud.

La complejidad organizativa de las instituciones de salud, que presentan estructuras muy rígidas y lentas para adaptarse a los cambios vertiginosos de la época actual, no ayuda a incorporar la nueva cultura de los resultados, ya que ellas se centran en la tarea de cada departamento o área y no en el proceso general, elemento central en el nuevo paradigma.

La tradicional separación entre lo administrativo y lo clínico que se encuentra en la mayor parte de los hospitales y centros, genera un modelo que en la práctica los condena a la ineficiencia. Esto debido a que quienes deciden los presupuestos en el papel, se enteren *ex post*

de que el número de exámenes de laboratorio aumentó en 20%; que se utilizaron fármacos cuyo precio es el doble del presupuestado; que el total de las placas radiológicas del mes se terminó antes, porque al revelarlas resultaron ilegibles y hubo que repetirlos; y un sin fin de situaciones semejantes.

En el ejercicio clínico diario, donde en realidad se administran los recursos y se toman decisiones en torno a los procesos de atención, resulta indispensable incorporar a los profesionales en la gestión de los centros como actores protagónicos de los procesos asistenciales. Con tal fin se pretende que participen en la gestión del servicio que prestan. Esto significa, que se hagan responsables del impacto que causan sus decisiones, responsables no sólo del paciente sino también de los recursos que se utilizan para su atención y que su credibilidad se base en evidencias, no tan sólo en su prestigio. También es preciso que ellos respondan a las necesidades totales de la organización de salud y no únicamente a las de los pacientes, aunque debe quedar en claro que la organización existe para servir a los pacientes.

Ello conduce inevitablemente a un cambio en los roles y en las relaciones que se establecen entre los profesionales y directivos de las instituciones, de tal forma que los clínicos son responsables de sus resultados y los directivos se convierten en los responsables de obtener los apoyos instrumentales y operativos para la gestión.

Estas estrategias de gestión se unen a un cambio en la visión de la enfermedad, que hoy se ve como un proceso que nace en la comunidad y en el que se puede intervenir con anterioridad. Así se atribuye gran valor a las estrategias preventivas y promocionales, las que son de menor costo y de gran impacto.



La gestión clínica y sus características

Estas estrategias de respuesta a los problemas más relevantes del sector salud, que apuntan a cambios en el modelo de atención, están sistematizadas en lo que se

denomina Gestión Clínica (GC) y son una herramienta principal en los Procesos de Reformas Sanitarias en el mundo.

Entenderemos por GC:

"Estrategia de mejoramiento que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones."

El fin es procurar atención efectiva, eficiente y de alta calidad, con miras a lograr resultados positivos desde la perspectiva individual y social, así como procurar mayor equidad y accesibilidad a los servicios de salud.

La GC descansa en tres principios fundamentales:

Principios	Estrategias
Orientación al Proceso asistencial, con el objeto de controlar los resultados sanitarios.	Protocolizar los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia médica del momento.
	Prestar atención integral.
	Fortalecer los sistemas de información.
Autoevaluación permanente.	Utilizar sistemas de clasificación de pacientes.
	Promover el mejoramiento continuo.
	Analiza sistemáticamente: La calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
Autonomía de Gestión.	Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
	Los recursos utilizados.
	Los resultados clínicos.
	En la gestión de recursos humanos y materiales.
	En la gestión del presupuesto clínico y la rendición de resultados.

La finalidad de esta nueva fórmula de gestión está en garantizar que una comunidad o un grupo de pacientes obtengan el máximo de beneficio sanitario con el menor riesgo y los costos más bajos posibles, con los recursos disponibles.

La GC reorienta la atención a las necesidades de los pacientes por medio de buenas prácticas clínicas que tomen en cuenta a todo el equipo de salud e integren el

proceso de atención de salud a la gestión de recursos, insumos y resultados, para maximizar la eficacia, eficiencia, efectividad y calidad de los servicios.

Para alcanzar lo anterior es indispensable:

- Que el personal de salud participe en la toma de decisiones
- Reducir la variabilidad en el ejercicio clínico
- Promover el uso de la información clínica para la toma de decisiones
- Optimizar el uso de los recursos

Para ello se procura que los profesionales de la salud se interesen y participen en la gestión del servicio que prestan. Esto es, que se hagan responsables del impacto que causan sus decisiones.

Por esto, la gestión clínica es algo más que una herramienta de gestión. Es un cambio cultural que aportará nuevos valores al quehacer de los profesionales y al conjunto de la organización. No obstante, ello exige determinados compromisos del equipo humano como son los de aprender a dirigir y ser dirigidos, contribuir a las decisiones de gestión y de organización en el mejoramiento de las instituciones.

La opinión mayoritaria de los expertos es que la necesidad de orientar la organización de salud hacia los pacientes exige descentralizar la gestión e interesar a los profesionales. Para impulsar este proceso en el marco de la GC se necesita una serie de cambios:

Ante la rigidez burocrática.	Autonomía de gestión en los niveles más cercanos al paciente.
Ante el alejamiento de los profesionales respecto de la gestión.	Participación activa en la toma de decisiones.
Ante la variabilidad del ejercicio clínico.	Mejorar los conocimientos sobre diagnóstico y necesidades utilizando guías y protocolos para los cuidados y tratamientos.
Ante el uso poco racional de los recursos.	Evaluación de la idoneidad de los cuidados y de la tecnología diagnóstica y terapéutica.

La GC no pretende que los profesionales pierdan su individualidad en la forma como trataría sus pacientes, tampoco centra sus iniciativas únicamente en generar ahorros en los presupuestos. Por el contrario, la GC

permite comprender mejor y dominar los procesos de atención médica, fundamentar las decisiones en evidencias científicas, reducir la variabilidad en las prácticas clínicas, bajar el nivel de incertidumbre y evitar la diversidad de interpretaciones y conductas en pacientes que sufren patologías con características similares. Todo esto conlleva un número menor de iatrogenias y reduce el número de procedimientos innecesarios o de prácticas empíricas cuya solidez no esté probada.

Un elemento central para que la GC pueda funcionar es la existencia de sistemas de información clínico-administrativa, que permitan el seguimiento y la evaluación oportuna para fundamentar las decisiones. Estos sistemas, además, apoyan la disponibilidad de protocolos y guías para que se puedan ser utilizar en la asistencia.

Gestionar los recursos con mayor autonomía permite modificar las relaciones entre clínicos y directivos. Los clínicos y el equipo de salud adquieren compromiso y responsabilidad respecto, tanto del buen uso de los recursos como de mejorar la calidad de la información clínica y los registros administrativos; de manera que se puedan realizar análisis y evaluaciones periódicas de la calidad de los servicios prestados y de su impacto sobre la salud.

Los directivos, por su parte, ceden facultades a sus equipos, fortalecen los sistemas informáticos, muestran transparencia en la gestión de los recursos y equidad en su asignación.

Un sistema de salud eficiente y de calidad, basado en la GC beneficia a los clínicos, directivos y usuarios.

- A los clínicos les facilita su trabajo diario, permite mejorar la calidad técnico-médica, aumenta el prestigio profesional y evita el desperdicio.
- A los directivos les permite potenciar su capacidad de gestión, flexibilizar la organización y contener los gastos. Así ayuda a dar solución a los problemas actuales y prevenir problemas futuros.
- A los usuarios les da seguridad, ya que disminuye el riesgo de iatrogenias y les garantiza una atención respaldada en evidencia científica comprobada.

A modo de resumen, podemos señalar que la GC pretende obtener eficacia, eficiencia y efectividad. Además, para cada uno de estos propósitos ha desarrollado instrumentos diferentes.

Aspecto	Propósito	Descripción	Instrumentos
Gestión de la asistencia sanitaria	Eficacia	Mejorar el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes.	Guías clínicas y protocolos; interpretación de fuentes documentales, análisis de decisión clínica, ETESA .
Gestión de los procesos asistenciales	Efectividad	Mejorar los resultados de la práctica clínica.	Gestión y optimización de procesos, nuevos modelos asistenciales, integración de cuidados, vías clínicas.
Gestión de los recursos	Eficiencia	Optimizar costos.	Sistemas de control de gestión, medición de actividad y producto sanitario, análisis presupuestario, innovaciones organizativas.

Los artículos de la Serie "Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud" provienen del curso *Herramientas de Gestión para Organizaciones y Empresas de Salud*. Si le interesa ahondar en estos contenidos, le invitamos a tomar el curso en el siguiente [link](#).



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.