
El desafío de la gestión de los procesos clínicos
The challenge of managing clinical processes

I. Rodrigo

En estos tiempos de crecientes y cada vez más rápidos cambios sociales ¿ha cambiado la responsabilidad de la sanidad pública? Parece que la responsabilidad¹ seguiría siendo la misma: garantizar una atención sanitaria equitativa, con el mayor nivel de calidad posible con los recursos disponibles y que, además, sea respetuosa con los derechos de los ciudadanos. Lo que cambia, quizás, es el modo de pasar de la teoría a la práctica. Las organizaciones tienen que poner en marcha de forma proactiva un conjunto de estrategias que favorezcan ese difícil tránsito que va del deseo y de la responsabilidad a la realidad.

Una de estas estrategias tendría que ir encaminada a promover el desarrollo de una gestión de la variabilidad de la práctica clínica^{2,3}. Gestionar la variabilidad de la práctica clínica no significa imponer un patrón único de asistencia que no tenga en cuenta la adecuación de la misma, los resultados obtenidos (preferentemente de mejora de salud) o la preferencia de los pacientes. Gestionar la variabilidad de la práctica clínica no implica reducir toda la variabilidad asistencial por considerarla sistemáticamente mala. Gestionar la variabilidad de la práctica clínica significa, en esencia, eliminar su componente no deseado.

El desarrollo de la medicina basada en la evidencia nos permite conocer, para la mayor parte de las enfermedades, qué actividades sanitarias aportan valor añadido en el proceso de atención clínica y cuáles no. La no realización de determinados cuidados sanitarios cuando se ha demostrado su efectividad es un problema de ética asistencial. La realización

Correspondencia:

Isabel Rodrigo Rincón
S^o de Análisis y Control Asistencial
S^o Navarro de Salud-Osasunbidea
Irunlarrea, 39
31008 Pamplona
Tfno.: 848 428836
E-mail: mi.rodrigo.rincon@cfnava-
rra.es

Servicio de Análisis y Control
Asistencial. Servicio Navarro de
Salud-Osasunbidea.

de pruebas o procedimientos cuando no están indicados, además de generar un despilfarro que pocas o casi ninguna organización sanitaria se podría permitir, genera un riesgo innecesario a un paciente, y con ello entramos de nuevo dentro del perímetro de la ética asistencial.

La reducción de la variabilidad de la práctica clínica no deseada es una responsabilidad conjunta de profesionales y organizaciones sanitarias. Por un lado, forma parte de la esfera de la competencia individual del profesional conocer qué, cómo y cuándo realizar cuidados sanitarios. Por otra parte, una de las grandes responsabilidades de la organización sanitaria es garantizar una atención sanitaria de calidad. Al tratarse, por lo tanto, de una responsabilidad compartida, se requiere buscar espacios comunes y líneas de actuación con objetivos compartidos que permitan reducir ese componente de la variabilidad de la práctica clínica no deseada.

Una estrategia con estos propósitos requiere una nueva agenda que se apoye en los profesionales sanitarios, que evalúe los procesos y los resultados sustentándolos en sistemas de información adecuados, que fortalezca la función rectora de las autoridades sanitarias y que desarrolle y gestione los recursos para sustentar los cambios.

Forma parte del desafío poner en práctica dichas estrategias y lograr un amplio consenso entre los profesionales. Cuando se menciona la palabra consenso se refiere a conseguir que uno de los valores de la organización sea su actuación según la evidencia científica y, en donde no la haya, que prime el principio de sencillez evitando circuitos redundantes que no aporten ningún valor al paciente y que generan una carga de trabajo innecesaria al profesional.

Podríamos añadir que cuando no hay suficiente evidencia científica, el paciente cobra, si cabe, mayor protagonismo pudiendo actuar de gestor principal de la variabilidad ya que sería él quien decidiría, una vez conocidas las ventajas y desventajas de cada alternativa, cuál considera la mejor opción posible.

Todo ello induce a pensar en un modelo cuyo eje esencial sea el de los procesos clínicos, el de la gestión de las enfermedades. En este sentido el modelo se configuraría como un puzzle en el que todas las piezas son necesarias. Los profesionales indicarían los elementos esenciales de la atención y propondrían las actividades que la organización debería apoyar para su implantación. La organización, a su vez, facilitaría la urdimbre, los puntos de encuentro, para que estos elementos esenciales se implanten de forma equitativa en toda la red de asistencia sanitaria.

Estas premisas, de las muchas alternativas posibles, podrían constituir el marco de un programa de gestión de cali-

dad^{4,5} en el que se abordase con valentía el elemento esencial de la razón de ser de una organización sanitaria, la atención clínica, en el que se involucrasen los principales agentes que dan el valor añadido, los profesionales, y en el que se hablase en un lenguaje común entre profesionales, pacientes y gestores, el lenguaje de las enfermedades⁵.

Algunas Comunidades Autónomas como Andalucía^{5,6} y Navarra^{7,8} están apostando por esta estrategia. No hay que ignorar que su diseño, desarrollo e implantación constituyen un verdadero reto, que solamente se conseguirá con el compromiso auténtico de los profesionales, de los que tienen la responsabilidad de establecer las políticas sanitarias, de los que tienen que desarrollar los sistemas de información, y con el tiempo, compañero y consejero de todos nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud. Legislación Sanitaria de Navarra 2004.
2. MENEU R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. MASSON SA 2002.
3. ORTUN V. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. MASSON SA 2003.
4. RODRIGO I, NUIN MA, GABILONDO L, AYERDI K, APEZTEGUIA J et al. Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Foral de Navarra. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 177-188
5. TORRES A, FERNÁNDEZ E, PANEQUE P, CARRETERO R, GARJO A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 105-112.
6. Guía de diseño de mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla: Consejería de Salud 2001.
7. RODRIGO I, GABILONDO L, MONTES Y. Mejorando los resultados en salud. Una estrategia de calidad: el Modelo MAPPA-Horizonte. Gobierno de Navarra 2004.
8. RODRIGO I, GABILONDO L. Evaluación de los pactos de gestión clínica. Ponderación de objetivos. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 219-225.