

GRADO

El estudiante de Medicina, entre los más brillantes de la Universidad

PÁG. 16

ONCOLOGÍA

La ASCO propone análisis genéticos universales en cáncer ovárico

PÁG. 25



Karen Lu, profesora del MD Anderson Cancer Center.

FARMACOLOGÍA

"Prescribir bien es el acto médico más decisivo ante la enfermedad"

PÁG. 30



Jesús Flórez, catedrático de Farmacología de Cantabria.

PROTECCIÓN DE DATOS

Es necesaria más preocupación por la seguridad de la información en las 'app' de salud

PÁG. 11

**ESPECIAL DOLOR AÚN MUCHOS OBJETIVOS POR CUBRIR**

CUADERNILLO CENTRAL

Autonomía real y enfoque en el paciente, bases de la gestión clínica

Profesionales se ven listos para liderar el cambio pero piden romper fronteras entre especialidades

Politización, falta de transparencia y tomarlo como modelo único, frenos

El éxito de experiencias en primaria, como las EBA catalanas, avales



José Ramón Repullo, de la Escuela Nacional de Sanidad; Carlos Díaz, del Servicio de Salud de Asturias; Carlos Macaya, presidente de Facme, y Miguel Ángel Máñez, director de gestión del Hospital de Toledo, en DM.

Transparencia, asignatura ética pendiente de los servicios de salud

NORMATIVA

Expertos reunidos por la Fundación Víctor Grífols i Lucas señalan la necesidad de que los servicios de salud mejoren en transparencia. Observar un comportamiento ético y legal es una exigencia creciente de los ciudadanos en relación con los gestores de lo público y más, si cabe, en sanidad.

PÁG. 17

Reforma de la financiación: un problema, 'demasiadas soluciones'

SANIDAD

El día 28 se da el pistoletazo a los trabajos que culminarán en la reforma del sistema de financiación. Las autonomías no se ponen de acuerdo en qué debe primar en el reparto de fondos. Y los economistas de la salud recomiendan cuestionar el *statu quo*.

PÁG. 6

PRIMER PLANO

Es el momento de la gestión clínica. Así lo creen los profesionales reunidos por DM, que no ven adecuado un solo modelo y piden romper barreras entre las especialidades para que el paciente sea el eje de la atención. Citan la politización y la falta de transparencia como trabas. La participación real del profesional, imprescindible.

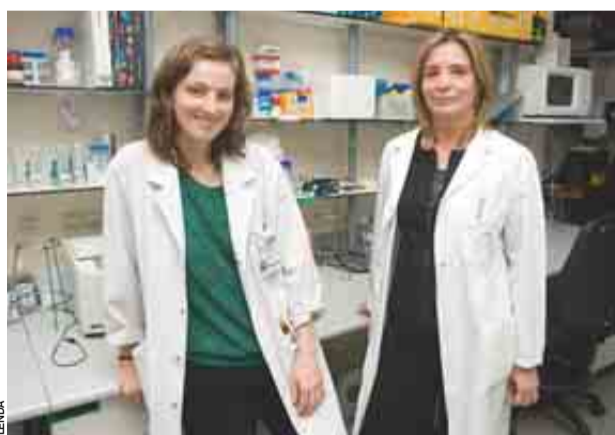
PÁGS. 2 a 4

La infección por VIH, factor de riesgo CV en los niños

MEDICINA

La propia infección por el virus del sida, y no la terapia, parece influir en el mayor riesgo cardiovascular (CV) de los niños con el VIH, según concluye el estudio español *CaroVIH*.

PÁG. 22



Talia Sáinz y María Ángeles Muñoz, del Hospital Gregorio Marañón.

Castilla y León redistribuye el cupo de tarjetas entre médicos rurales y urbanos

SANIDAD

Castilla y León ha activado un plan regional de reordenación de atención primaria que rebajará un 8,3 por ciento de media el cupo de tarjetas por médico en las ciudades. Podrían amortizarse 180 pla-

zas, medida que inquieta a los sindicatos, que, por lo general, no se oponen a la redistribución. Habrá más usuarios por facultativo en el medio rural. La Consejería de Sanidad lucha así contra dispersión y envejecimiento.

PÁG. 10

Clovate 30g
17-Propionato de Clobetasonol
CREMA

Betnovate 60g
17-Valerato de Betametasona
SOLUCIÓN CAPILAR

SANTANDER 2014
ISAF SAILING
WORLD
CHAMPIONSHIP

www.ifc-spain.com



JOSÉ LUIS PINDADO

Miguel Ángel Máñez, director de gestión del Complejo Hospitalario de Toledo; Carlos Macaya, presidente de Facme; José Ramón Repullo, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, y Carlos Díaz, jefe del Servicio de Calidad y Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Gestión clínica: sí, ahora, sólo con autonomía real y en torno al paciente

En el debate sobre la eficiencia sanitaria, profesionales tienen una propuesta clave: fomentar los modelos de gestión donde ellos sean autónomos y responsables, también en la organización

MADRID
ÁLVARO SÁNCHEZ LEÓN
alvaro.sanchez@colaboradoresunidadeditorial.es

"Eficiencia": la palabra más repetida en el ámbito sanitario español en tiempos de crisis. Una palabra que representa una oportunidad, aunque en más de una ocasión se haya convertido en una excusa. ¿Es apretarse el cinturón? ¿Es recortar? ¿Es ajustar? ¿Es encogerse para crecer cuando vuelvan los tiempos de bonanza? ¿Es gobernar mejor? ¿Es un sueño? ¿Es lo de siempre?... Cuatro referentes de la gestión sanitaria en España han prescrito la misma receta: eficiencia es igual a gestión clínica, pero una gestión clínica con matices.

Lo firman en la sede de DIARIO Médico José Ramón

Repullo, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad; Carlos Díaz, jefe del Servicio de Calidad y Gestión Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa); Carlos Macaya, presidente de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas de España (Facme), y Miguel Ángel Máñez, director de gestión del Complejo Hospitalario de Toledo y referente de la blogosfera sanitaria. No es una firma unánimemente consensuada, porque cada cual tiene sus *peros* y sus condiciones, pero los cuatro avalan que es el momento de involucrar de una vez al médico en una microgestión sanitaria que trascienda el acto clínico e incluya ade-

más la organización de los recursos humanos y materiales de sus unidades, áreas, equipos de atención primaria...

BUSCAR UN CONCEPTO

El primer disenso proviene de la disparidad de conceptos. Para Máñez, la clave de la gestión clínica es que "se reformen los procesos asistenciales para integrarlos alrededor del paciente, rompiendo la frontera tradicional entre especialidades". Su concepto gira en torno a un paciente "que no debe sentirse perdido en los laberintos del sistema sanitario", y por eso entiende que este modelo de gestión se quedaría corto si no integrara además los servicios sociales: "No tiene sentido hacer una asistencia estu-

penda de puertas para dentro, y fracasar estrepitosamente de puertas para fuera". Además, añade un matiz esencial en su definición, para que sea realmente transformadora: "Medir bien la actividad y ofrecer a los profesionales toda la información suficiente para que puedan tomar las decisiones acertadas".

Macaya expone el concepto de gestión clínica consensuado en Facme. Para las sociedades científicas que representa, este modelo implica "transferir la capacidad de la toma de decisiones a los clínicos, que son los que saben, para mejorar la eficiencia. Es decir, para contar con unos servicios de calidad al menor coste posible. No creo que deba ser un rediseño organizativo, ya

que eso lo complica todo y puede dar lugar a equívocos". Y subraya: "Lo que deseamos los profesionales no es la autonomía en el acto clínico, esa ya la tenemos, por supuesto. Pedimos la autonomía en la organización del área o de la unidad, para gestionar los recursos, no sólo los humanos, sino también los tecnológicos". Y después añade otras competencias obligadas en esas capacidades transferidas: la formación, y la investigación. "No podemos amputar esas funciones, porque entonces las unidades de gestión clínica podrían ser vistas como unidades exclusivas de ahorro, como se ve en algunas administraciones sanitarias".

Repullo ve la gestión clínica como "la pieza que fal-

La politización de la sanidad podría frustrar la ilusión por este nuevo modelo organizativo, del que la disparidad de criterios impide fijar aún un concepto universal

Los médicos se ven bien preparados para ser los líderes naturales de la microgestión de la asistencia, formación, investigación y organización de las unidades y áreas

Sin gestión del conocimiento y buenos cauces de información y evaluación, la gestión clínica no servirá para emprender el cambio cultural que exigen los sistemas sanitarios

En su opinión, el sistema sanitario "sólo ha cambiado en estos años el sistema macro y meso, pero nunca se ha activado la reforma del sistema micro. Y eso era como si en una empresa no interesara el área de producción, algo sorprendente. Ahora, por primera vez, estamos hablando de gestión clínica con mayúsculas". Él no cree que sea "una transferencia de poder o de competencias. Me gusta hablar de gestión clínica como buen gobierno, tanto de las unidades como de los procesos asistenciales".

TECNOLOGÍA SANITARIA

La ruptura más clara sobre el concepto dentro del debate la representa Díaz, referente del área de Calidad del Sespa, uno de los servicios autonómicos que más ha avanzado en el desarrollo práctico de la gestión clínica. Para él, "la gestión clínica es una tecnología sanitaria que debe demostrar su eficiencia y su eficacia. Los profesionales gestionan lo clínico, y la organización les reconoce que lo hacen bien. Admite el papel de gestor de los profesionales y les ofrece unos medios que son una tecnología sanitaria que da soporte logístico, técnico y formativo. Así, si está bien estructurada, estará menos

► pasa a la pág. 3

viene de la pág. 2 al albur de los gobiernos de turno".

Aunque este concepto sale de una práctica de años en Asturias con resultados optimistas publicados, el resto de la mesa no comparte que la gestión clínica sea una tecnología sanitaria, y apuestan más por subrayar que se trata de un modelo de gestión que gire en torno al paciente, liderado por el profesional, y que se centra en hacer las cosas mejor, con más calidad, a menor coste a través de una adecuada gobernanza clínica y organizativa que profesionaliza aún más la clínica diaria.

POLITIZACIÓN

Aunque los cuatro difieren con matices en el concepto, los cuatro comparten un miedo común: que se frustren los avances en la gestión profesional por culpa de la politización de la sanidad, "que ha aumentado con la transferencia de competencias a los servicios sanitarios", según el presidente de Facme.

Lo resume Repullo en una sentencia muy gráfica: "El rediseño es importante,

pero nos jugamos mucho en la regeneración. Urge un cambio cultural en la gestión sanitaria, y para eso es el momento de que los políticos, los gestores y los profesionales sincronicen sus relojes".

Macaya insiste en que "corremos el peligro de que la gestión clínica se convierta en un modelo hueco. La utilización del término y su politización nos preocupa, porque puede ser la causa de un fracaso. Ojo con la *decretitis*: todas las consejerías están haciendo ahora normas y decretos, cada una por su lado... Y en esos decretos están rebajando la transferencia de capacidad a los clínicos".

En esta línea, Repullo concreta: "La gestión clínica no es un problema de normas. No se aprueban reales decretos para enseñar a hacer buenos poemas. Se trata de desarrollar cambios normativos que favorezcan un buen trabajo clínico. Más que en los cambios organizativos exclusivos, creo que hacen falta cambios culturales. En Europa están haciendo resoluciones más funcionales en este ámbito, y en España

nos complicamos la vida más de la cuenta".

PRIMARIA, MOTOR

Otro punto en el que coinciden todos los ponentes es que atención primaria es clave en el motor de este cambio. Las experiencias en comunidades como Cataluña, Asturias o Andalucía demuestran que el primer nivel asistencial es un campo en el que los principios de la gestión clínica se absorben con más ilusión y con más implicación por parte de los profesionales. Díaz lo destaca conociendo de primera mano la experiencia del Sespa: "Primaria tiene más fuerza y obtiene mejores resultados en la implantación de estos modelos desde el primer año". Macaya cuestiona por qué se ha limitado la extensión de las EBA a pesar de su éxito. Repullo cree que los resultados de las EBA catalanas "son buenos, pero no espectaculares", y aun así anima al desarrollo del modelo en atención primaria, nivel en el que Mañez ve ejemplos claros de calidad y gestión desde hace 30 años.

Modelos personalizados a la realidad y con incentivos, también económicos

La disparidad de conceptos tiene mucho que ver con una realidad que aceptan los cuatro ponentes de esta mesa: la gestión clínica no es un modelo uniforme. Como destaca José Ramón Repullo, de la Escuela Nacional de Salud, "todo problema complejo tiene una solución lineal, directa y... errónea... No hay una solución exclusiva. Se trata de proponer una estrategia, una forma de avanzar, que será diferente en atención especializada que en primaria, porque en ambos niveles los problemas son diferentes".

Si se trata de gobernar bien los sistemas sanitarios, la herramienta será mejor si se adecua a cada ámbito sanitario, y a cada profesional. Porque el éxito de esta fórmula, como destacan los ponentes, es acertar con medidas que satisfagan el afán de los profesionales en beneficio de los pacientes. En esta línea, Repullo concreta que "en es-

pecializada, la pesadilla es cómo gestionar la interdependencia. La principal tarea del hospital es integrar los servicios verticales para que se horizontalicen y faciliten el trabajo por procesos. Y eso es compatible con la necesidad de que las especialidades tengan su desarrollo autónomo vertical, porque son las que generan conocimiento. No olvidemos que las especialidades son mundiales, y los pacientes son locales".

INCENTIVOS ECONÓMICOS

Un elemento clave para acertar con cada profesional tiene un nombre polémico en muchas administraciones, y sobre todo en tiempos de crisis: el incentivo económico. Carlos Macaya, presidente de Facme, cree que "si queremos involucrar a los profesionales de verdad, no sólo por la novedad del modelo, sino para que se mantenga y progrese a largo plazo,

las administraciones autonómicas deben perder el miedo a hablar de incentivos económicos".

Miguel Ángel Mañez coincide con este planteamiento, pero para él es prioritario "un cambio de modelo retributivo, que pague no sólo por estar, y a veces ni eso, sino por hacer bien. Y que evite que se imponga esa mentalidad de *dime cómo me vas a pagar y así me comportaré*".

Asimismo, los cuatro ponentes coinciden en que el desarrollo de los diferentes modelos de gestión clínica son perfectamente compatibles, pero no exclusivo, con el personal estatutario, y que no es necesario que las unidades o áreas que se creen tengan personalidad jurídica propia, "al menos de momento - como destaca Macaya-, aunque tampoco creo que eso deba ser un axioma. Habrá que ver con el tiempo qué es lo mejor para que el modelo avance y mejore".

MIGUEL ÁNGEL MÁÑEZ

“ Echo de menos que se hable de integración de los servicios sociales en la asistencia sanitaria. No tiene sentido hacer una gran asistencia de puertas para dentro, y fracasar estrepitosamente en la atención de puertas para fuera ”



CARLOS A. DÍAZ VÁZQUEZ

“ La gestión clínica es formalmente posible. La cuestión es cómo hacerla posible. Podemos seguir reflexionando y discutiendo, pero lo importante es arrancar, con o sin decretos. Habrá errores que subsanar mientras se avanza ”



CARLOS MACAYA

“ Si queremos involucrar a los profesionales no sólo por la novedad, sino para que se mantenga el modelo de gestión a largo plazo, las administraciones deben perder el miedo a hablar de incentivos, también económicos ”



JOSÉ RAMÓN REPULLO

“ La gestión clínica no tiene una solución exclusiva. Se trata de una estrategia, una forma de avanzar, que será diferente en atención especializada que en primaria, porque los problemas de ambos niveles son diferentes ”



DEBATES

Gestión clínica: ¿la verdadera eficiencia del Sistema Nacional de Salud?

EBA, Luanco y los equipos de primaria: el primer nivel, modelo para los avances

La gestión clínica ya tiene experiencias interesantes en España. Desde que en 2001 el extinto Insalud difundió las primeras guías sobre la materia, con ritmos desiguales, y dependiendo de muchos factores, en el Sistema Nacional de Salud han ido emergiendo realidades que, para los ponentes, son un estímulo y un ejemplo que demuestran que es posible.

Máñez, Macaya y Repullo ponen el acento en las EBA de Cataluña, pero además desarrollan otras experiencias alternativas.

El director de gestión del Centro Hospitalario de Toledo resalta "la primera experiencia en España: la creación de los equipos de atención primaria hace justo ahora 30 años. Aunque han sido poco evaluados, se observa que aquéllos equipos nacieron con un liderazgo evidente del coordinador, una cartera de servicios clara, e incluso un edificio propio, que eso ayuda. Si a eso

añadimos un buen sistema de información, un buen modelo de incentivos, una correcta coordinación con la atención especializada y con el resto de unidades, y una gestión del conocimiento potente, entonces nos encontramos con el mejor ejemplo de lo que debería ser la gestión clínica".

Carlos Macaya destaca también experiencias como el Instituto del Corazón, y José Ramón Repullo, el Atlas de Variaciones de la Práctica Médica, que coordina para toda Europa el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Carlos Díaz resalta una experiencia asturiana con nombre propio: el Centro de Salud de Luanco. Se trata de una unidad de gestión de primaria en la que participan 22 profesionales y atiende a una población de 10.000 habitantes, que lidera el cambio de modelo de gestión desde 2009. En estos años "ha cumplido sus acuerdos de gestión, de ca-



Carlos Díaz, del Sespa, en primer plano. Al fondo, José Ramón Repullo, de la Escuela Nacional de Sanidad.

lidad y de seguridad, así como sus compromisos de ahorro, generando una satisfacción clara entre usuarios y profesionales. Se ha convertido en el número uno de la calificación de centros de salud de Asturias en cuanto a resultados asistenciales. Ha pasado del 12 al 1 en tres años".

DIARIOMEDICO.COM

Vea el reportaje sobre las conclusiones en el área multimedia de diariomedico.com

La constante referencia inglesa

José Ramón Repullo destaca sobre todas las experiencias la del Nice británico, como modelo de gestión del conocimiento. Señala que "para que un médico esté al tanto de las novedades clínicas debería leer nueve artículos al día durante todo el año, incluidos los fines de semana. Eso es impracticable, y por eso hace falta una intermediación, como la que provoca el Nice, que procesa y valora una cantidad ingente de información". Máñez destaca también el ejemplo inglés para aprender de los errores, y su transparencia para compartir esa información y mejorar la práctica asistencial.

CONCLUSIONES

ES EL MOMENTO

El contexto favorece ahora la puesta en marcha de la gestión clínica, pero aplicando la autonomía real de los profesionales sanitarios con normas y medios

EL PELIGRO DE LA POLITIZACIÓN

Profesionales temen que la excesiva politización de la sanidad lastre este modelo, que genera ilusión. Para evitarlo, reclaman contar de verdad con los facultativos, y actuar con inteligencia y generosidad

TRANSPARENCIA, INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Para el éxito de esta fórmula hace falta que los profesionales cuenten con toda la información necesaria y sepan evaluarla y contrastarla

NO UN MODELO EXCLUSIVO

Sortear el fracaso implica también entender que no se trata de imponer un modelo único, sino fórmulas adaptadas

EL PACIENTE ES EL PROTAGONISTA

El éxito de su aplicación se debe traducir en que el sistema sanitario se descomplice y humanice para el paciente, que será el eje real del sistema sanitario

VOZ EN ON Ilusión y despoltización, titulares en Ippok

Gran participación en el debate en ON generado, sobre todo en Ippok, a raíz de este debate. Y de fondo, la ilusión de los profesionales para que la gestión clínica sea pronto una realidad, y la necesidad del cambio que, además de la eficiencia, despertará la satisfacción aletargada de muchos facultativos.

¿Es la gestión clínica el verdadero modelo de eficiencia sanitaria? Ante la pregunta, **María Teresa González** contesta que "la gestión clínica no es un modelo, es una herramienta de eficiencia necesaria para toda la actuación sanitaria". **Ángel Gómez** pone el acento en las circunstancias, y afirma que "puede ser un modelo de eficiencia, o no, y puede haber eficiencia sin gestión

clínica como modelo".

Carlos Cebrián lo ve más sencillo. Para él, la gestión clínica es sólo "una forma sensata de hacer Medicina", mientras que **Eva María de la Torre** dice que "es un arma de doble filo. La pretensión de eficacia, eficiencia y equidad se convierte, a veces, en situaciones de precariedad". Y **Christian González** señala contundente: "Por ahora es una hipótesis que necesita verificación".

¿Qué necesita la gestión clínica para que se convierta en una herramienta eficaz? **Ángel Gayete** lo tiene claro, y su demanda tiene mucho que ver con el parecer de los ponentes: "Autonomía de gestión, objetivos realizables y herramientas de información que permitan la evaluación

continua de los resultados". **Pedro Alberti** señala que las necesidades son "formación, profesionalidad, implicación de los profesionales, y ausencia (lo escribe en mayúsculas) de política". En esta línea, **Ramón Echezarreta** resalta que para que funcionen los modelos urge "no ponerles obstáculos, sobre todo políticos".

Pablo Carrero pide "gestores independientes que conozcan las necesidades de la asistencia y el manejo de los presupuestos". Y **Jorge Edgar Arévalo** propone como esencial "que el gestor desarrolle procesos y aplique la calidad total en cada uno de ellos".

¿Es la gestión clínica el arma profesional contra la politización de la sanidad? En las respuestas hay ta-

blas a favor y en contra. Para **José María Marí Juan**, "claramente sí". Para **Carlos Cebrián**, "no tiene nada que ver una cosa con la otra". Y entre medio, otras opiniones con *peros*. **Pedro Alberti** considera que "sí, siempre y cuando no la lleven a cabo políticos, sino técnicos". **Christian Rueda-Clausen** apuesta por el *no*, ya que "una gestión sin manejo político está condenada al fracaso". Y **Fernando Carrasco** da un paso más: "Creo que al contrario. Aprovechando el término, se está politizando".

Carmen Calzado opina que "es una herramienta que puede demostrar a los políticos que están equivocados en algunos de sus planteamientos". **Francesc Villaroy** sí está a favor de

que sea un arma, pero "un arma sin balas"...

¿Está preparado el médico para ser un buen gestor? **Carlos Sevillano** cree que no, "porque el mejor gestor no ha de ser necesariamente el mejor facultativo". Las opiniones de los participantes en la encuesta de Ippok destacan sobre todo las carencias y demandan más formación específica. Es difícil que el médico sea buen gestor "únicamente con la preparación profesional de la carrera, como dice **Charo Axpe**".

En twitter, tras el hashtag #GCDM hay otras opiniones a favor del modelo, como la de **Juan José Rodríguez Sendín**, presidente de la OMC, que ve hoy en este modelo "una herramienta de eficacia sanitaria".