

VIII Congreso nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria

Barcelona, 16 de Noviembre de 2007

Introducción a la gestión clínica en Cirugía Mayor Ambulatoria

Pablo Lázaro y de Mercado
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud
www.taiss.com

Resumen de la ponencia

Los servicios de salud son sistemas cuya misión es contribuir a mejorar la salud de los individuos y de la sociedad a un coste que la sociedad esté dispuesta a pagar. De alguna manera, cuando los sistemas de salud aplican intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas para mejorar la salud de los pacientes, están consumiendo recursos. La forma e intensidad con que se utilicen los recursos puede modificar los resultados de salud, los costes, o ambos.

El uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos en la atención sanitaria, es en definitiva la gestión sanitaria. Los recursos que utilizan los servicios de salud pueden ser utilizados en distintos ámbitos, de diversas formas, y por distintos profesionales. Por ejemplo, en el ámbito político (nivel macro), en el ámbito gerencial (nivel meso), o en la práctica clínica (nivel micro). En general, la gestión clínica se suele referir a la gestión a nivel micro. Por tanto, se puede definir la gestión clínica como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos en la atención a los pacientes. El propósito de la gestión clínica es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica (efectividad) que sean consistentes con la mejor evidencia científica disponible, con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad.

Por lo tanto, una buena gestión clínica requiere, entre otras cosas, la gestión del conocimiento, la gestión de la calidad, la gestión de recursos humanos, o la gestión financiera.

En una unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), la gestión del conocimiento implica: 1) aplicar las técnicas quirúrgicas en función de la mejor evidencia científica disponible sobre la eficacia o efectividad (conocimiento externo); y 2) producir conocimiento mediante la investigación clínica centrada en los pacientes tratados en la unidad (conocimiento propio).

La gestión de la calidad puede hacerse con muy distintos formatos, dependiendo del modelo conceptual de calidad que utilice la UCMA. Pero todos los modelos de calidad asistencial, de alguna manera, pretenden asegurar que se cubren unos estándares de estructura (instalaciones, personal, utensilios, ...), y de proceso (protocolos, guías de práctica clínica, ...) para garantizar que los resultados en los pacientes sean los mejores técnica y humanamente posibles.

La gestión de recursos humanos implica disponer de los profesionales apropiados que: 1) sepan lo que la unidad y los paciente esperan de ellos (comunicación); 2) puedan hacerlo (dotación de recursos); 3) sepan hacerlo (formación); y 4) quieran hacerlo (motivación).

La gestión financiera implica la gestión de costes y resultados para monitorizar la eficiencia de la UCMA. Medir los costes en los que incurre la UCMA puede ser una tarea sencilla, pero medir los resultados no lo es tanto. Medir los resultados en la práctica, implica diseñar un sistema de información que permita seguir en el tiempo la frecuencia de aparición de los efectos deseados (efectividad) y no deseados (seguridad). Precisamente medir los resultados (producción de

conocimiento propio) es clave para medir la calidad y la eficiencia (e.g., coste/efectividad) de la UCMA. Como las UCMA tienen una cifra muy baja de mortalidad, los resultados medidos en términos de efectividad suelen requerir medir la reducción de síntomas (e.g., dolor), o mejora en la actividad (e.g., movilidad), o en la probabilidad de resolver el problema por el que el paciente ha sido intervenido.

Una forma interesante de medir los resultados de salud, además de la efectividad, es medir la utilidad, es decir la calidad de vida que gana el paciente en un tiempo determinado. La utilidad se puede medir en QALYs (Años de vida ajustados por calidad, en sus siglas en inglés), y de esta manera la eficiencia de la UCMA se puede medir en coste/utilidad, es decir en coste por QALY conseguido comparada con la cirugía de ingreso hospitalario.

Además de los costes en los que incurre la CMA, los resultados también tienen consecuencias financieras, habitualmente evitando costes. Si se miden las consecuencias de la intervención en unidades monetarias, a los resultados se les llama beneficio. De esta forma, se puede obtener un tercer indicador de eficiencia que es el ratio de coste/beneficio, es decir intenta responder a la pregunta de cuántos euros hay que poner en los costes para obtener un euro de beneficio. El análisis de coste/beneficio en una UCMA, como los de coste/efectividad y coste/utilidad, también plantea retos de diseño dado que gran parte de los beneficios (costes evitados) se producen fuera de la unidad.

La gestión clínica en la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es cada vez más relevante en la mayor parte de los países, debido al aumento progresivo de los procedimientos quirúrgicos que son sustituidos desde la cirugía con ingreso a la CMA. En concreto, en España, en el año 2005, según las cifras recientemente publicadas por Ministerio de sanidad y Consumo, se practicaron 4.223.160 intervenciones quirúrgicas (2.574.038 en el sector público y 1.649.122 en el sector privado) de las cuales el 51,8% fueron realizadas con hospitalización (50,7% en el sector público y 53,6% en el sector privado), el 23,8% con CMA (24,8% en el sector público y 22,1% en el sector privado), y el 24,4% restante con otro tipo de intervenciones ambulatorias (24,5% en el sector público y 24,2% en el sector privado). De manera que en España, se hacen más de un millón de intervenciones con CMA, lo que supone que se utiliza una ingente cantidad de recursos para mejorar la salud de un número relevante de pacientes.

El alto volumen de CMA, probablemente siga aumentando en los próximos años debido a diversos factores, entre los que se puede citar: la menor invasividad de las técnicas quirúrgicas, el uso de procedimientos anestésicos más seguros y de fármacos más efectivos y seguros que permiten una recuperación más rápida, la eficiencia de la CMA en términos de coste/efectividad y coste/beneficio comparada con la cirugía con ingreso, el interés por la CMA por parte de los profesionales, y la buena aceptación de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de la amplia implantación de la CMA y de sus ventajas, no necesariamente significa que se esté gestionando bien la CMA. Para que haya una buena gestión clínica en una UCMA hacen falta ciertos requisitos que no siempre se dan: 1) Disponer de un sistema de información sobre utilización, costes, y resultados tanto inmediatos como a más largo plazo; 2) acceso a la mejor evidencia científica disponible; 3) control de las actividades que se gestionan: si la UCMA depende de otro centro (e.g., diagnóstico) para tomar decisiones (terapéuticas), no se le puede exigir responsabilidades por la gestión que depende de otros (e.g., tiempos de espera); y 4) incentivos, que no sólo son extrínsecos (monetarios), sino intrínsecos (progreso profesional), y trascendentes (mejorar la salud de los pacientes).