

## Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas



Jordi Varela, Xavier Castells, Cristina Iniesta y Francesc Cots

*Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Hospital del Mar. Barcelona. España.*

### Concepto de gestión clínica

El clínico actual aborda su trabajo en un entorno complejo y, a menudo, contradictorio: la presión social, la presión de la industria, la constrictión presupuestaria, la medicina basada en la evidencia y la más reciente gestión de casos son sólo algunas de las variables más relevantes, mediante las cuales el entorno incide en los profesionales de la sanidad. En estas circunstancias, los responsables del sistema pretenden dar más competencias al gestor clínico, con la finalidad de acercar la toma de decisiones a la persona o al grupo de personas competentes en el proceso clínico.

Por ello, en este punto es cuando conviene especificar qué es el proceso clínico, dado que se supone que sus responsables deben abordar este trabajo con prontitud y eficacia. Pues bien, llamaremos proceso clínico (fig. 1) a cualquier acto profesional en el área de la sanidad, siempre y cuando haya todas las consideraciones siguientes:

1. Existencia de una demanda expresada de atención sanitaria. Esta demanda puede ser espontánea o bien inducida, como sería el caso en la programación de control, o bien en la prevención primaria.
2. Un profesional (habitualmente un médico, pero, en pacientes crónicos o en otras circunstancias, se puede tratar de personal de enfermería) atiende la demanda de atención sanitaria.
3. El profesional, o el equipo, analizan las expectativas en términos de salud que se deducen del contacto, y comparte los objetivos asistenciales con el propio paciente, o con sus familiares si se da el caso.
4. El profesional, o el equipo, toman decisiones clínicas de acuerdo con los objetivos de salud acordados.
5. El profesional, o el equipo, se responsabilizan de la gestión del consumo adecuado de productos y servicios sanitarios, que se desprenden de las decisiones clínicas adoptadas.
6. Finalmente, el gestor clínico debe conducir todo el proceso asistencial mediante la interpretación de los resultados diagnósticos o terapéuticos y de la reconducción del proceso, si conviene.

A pesar de que nadie discutiría que las funciones explicitadas en los 6 puntos anteriores son las que se debería esperar de cualquier médico, o de cualquier equipo profesional, hoy día el problema radica en la presión social, mediática y política bajo las que deben ejercerse. Especialmente cuando se trata de casos complejos (enfermedades crónicas, ancianos frágiles, pacientes psiquiátricos, pacientes oncológicos), suele ocurrir que el médico, si no posee los instrumentos y las competencias adecuadas, pierde el control del proceso y, como consecuencia, el paciente navega sin rum-

bo por los entresijos del sistema, con resultados erráticos o pobres, y con costes siempre muy elevados.

El ejercicio actual de la medicina experimenta las tensiones propias de su gran potencial resolutivo, lo cual obliga a trabajar en equipos multidisciplinarios, a presentar resultados y a responder ante la sociedad sobre la idoneidad de sus actuaciones, las cuales se resumen en la tabla 1.

1. El primer reto es la necesidad de homologar los procesos clínicos, lo cual ocurre bajo la influencia de la cultura industrial, que presupone que la exactitud en la repetibilidad de los procedimientos es un signo inequívoco de calidad. Como consecuencia, el médico y el personal de enfermería actuales se ven impelidos a actuar bajo la influencia de protocolos, guías o trayectorias<sup>1</sup>.
2. El segundo reto es el de la eficiencia, y ha calado el sentimiento de la comparación entre el consumo de recursos de un proceso clínico y la calidad de éste.
3. El tercer reto es el de la efectividad de las actuaciones clínicas, y de esta forma los profesionales han debido aprender a tomar decisiones en el ámbito de la medicina preventiva, o de la ética en las decisiones, o en la prevención de errores profesionales, para conseguir los resultados más convenientes en la esfera de lo social y lo epidemiológico.

### ¿Quién es el gestor clínico y qué se supone que debe hacer?

Un gestor clínico puede ser cualquier médico con actividad clínica. Así, no vale un médico gestor o un especialista de servicios centrales. Este médico, sea cual sea su rango en el organigrama de la institución, debe tener las atribuciones siguientes (tabla 1).

1. Ser el responsable de un equipo multidisciplinario y ejercer el liderazgo con objetivos asistenciales comunes, que afectan a uno o varios procesos asistenciales bien definidos. Para poder responder a los 3 retos anunciados en el capítulo anterior (homologación, eficiencia y efectividad), el gestor clínico debe tener las atribuciones que le permitan ir un poco más allá de las funciones clínicas históricas. Por ello, un gestor clínico, más allá de ser un buen médico, debe tener habilidades en el tratamiento de profesionales y grupos humanos, contando con que las personas de su equipo tienen como fin conseguir la eficacia y la efectividad en los procesos clínicos que se les han encargado<sup>2-4</sup>. En este sentido, hay que insistir en este concepto, en el modelo organizativo de la gestión clínica. Los profesionales ya no se agrupan en función de su especialidad o de su rango universitario, sino que lo hacen de acuerdo con la tarea encargada. Un gestor clínico debe conseguir que su equipo trabaje en medio de un clima provechoso, como medio necesario, pero no suficiente, para lograr la mejora continuada de resultados, ya que el grupo debe conseguir altas dosis de eficacia al menor coste posible.

2. El gestor clínico debe contar con competencias en la gestión de los recursos, para lo cual debe disponer de un pre-

Correspondencia: Dr. J. Varela.  
Institut Municipal d'Assistència Sanitària. Hospital del Mar.  
Paseo Marítim, 25. 08003 Barcelona. España.  
Correo electrónico: [jvarela@hospitaldelmar.cat](mailto:jvarela@hospitaldelmar.cat)

Recibido el 25-1-2007; aceptado para su publicación el 16-5-2007.

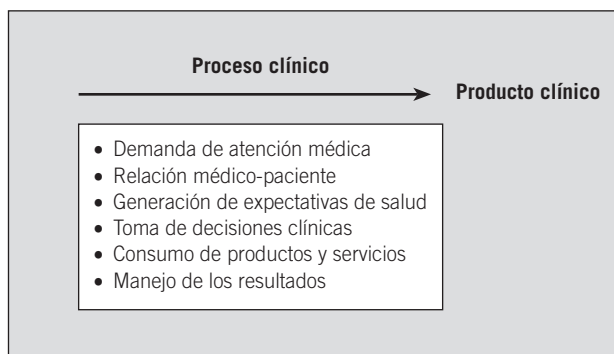


Fig. 1. El proceso y el producto clínico.

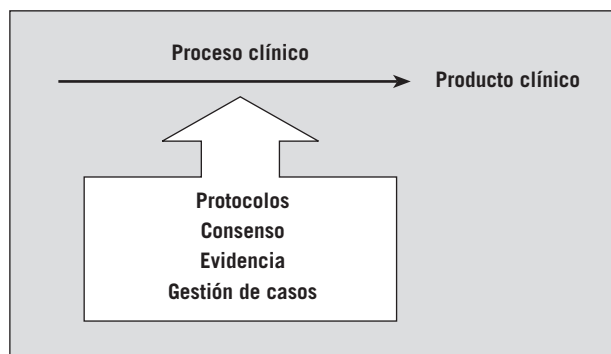


Fig. 2. Instrumentos de apoyo al proceso clínico.

TABLA 1

**Retos y atribuciones del gestor clínico****Retos**

1. Garantizar la homologación del proceso
2. Velar por la eficiencia del proceso
3. Buscar la efectividad máxima de sus actuaciones

**Atribuciones**

1. Ejercer el liderazgo en el equipo multidisciplinario
2. Tener competencias en los recursos necesarios

supuesto adaptado a las necesidades y a los objetivos marcados. Y para todo ello, se deben adquirir instrumentos de medición y metodologías de evaluación, tanto de proceso como de resultado<sup>5</sup>.

**¿Con qué instrumentos cuenta el gestor clínico?**

En este trabajo, se aborda un análisis del estado de la cuestión de los principales instrumentos que el gestor clínico dispone hoy día; para ello, sería conveniente clasificarlos en instrumentos de apoyo al proceso clínico, catálogos de análisis de la producción clínica y elementos de planificación estratégica.

En los últimos decenios, se han desarrollado, o mejor dicho importado de otros sectores, varios instrumentos que han ayudado en mayor o menor medida a la homologación del proceso clínico. En los años setenta, se empezó a hablar, por primera vez entre los médicos, de los protocolos, instrumentos directamente importados de los manuales de procesos del sector industrial. Posteriormente, en los años ochenta, impactaron con fuerza en la cultura sanitaria los métodos de consenso, los cuales ya se habían revelado útiles en el sector de los servicios. Posteriormente, a mediados de los años noventa, se desarrolló la medicina basada en la evidencia, mientras que en la actualidad está en pleno auge la cultura de la transversalidad de la acción sanitaria, y empiezan a haber instrumentos de información con prestaciones suficientes para apoyar la incipiente gestión de casos (rompiendo niveles asistenciales) (fig. 2).

Todo lo anterior se ha ido concretando en guías de práctica clínica, las cuales, siendo muy importantes, no son más que un apoyo al trabajo clínico.

Un segundo bloque de instrumentos de apoyo al gestor clínico ha aparecido en escena a partir de los años ochenta, de la mano de gobiernos y de aseguradoras públicas y privadas, los cuales han invertido mucho dinero en desarrollar catálogos de la producción clínica. Con todos estos instrumentos se pretende identificar la complejidad, la gravedad o los costes

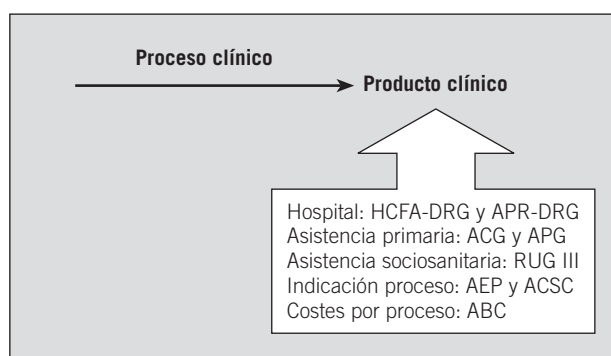


Fig. 3. Instrumentos de catalogación y valoración de la producción clínica.

de los procesos clínicos, y para ello se ha tenido que utilizar la metodología básica de las áreas de producción industrial o de la producción de servicios: el catálogo, instrumento sencillo y básico que identifica los productos de manera inequívoca, después de lo cual se determina su valor (normalmente en precios, aunque en el caso de la sanidad se admite que una buena estimación serían las unidades relativas de valor). Con posterioridad, en este mismo informe se abordará cuáles han sido las aportaciones de estos sistemas para el gestor clínico, a pesar de que debe saberse que todos ellos se han desarrollado como sistemas de catalogación, de financiación o de planificación. Los sistemas que se tratarán durante el curso serán para la catalogación de la producción clínica (fig. 3), de acuerdo con los niveles siguientes:

- Atención hospitalaria: HCFA-DRG y APR-DRG.
- Asistencia primaria: ACG.
- Asistencia sociosanitaria: RUG III.

Además, también se tratarán otros sistemas de valoración de la producción clínica, como:

- Valoración de la indicación del ingreso hospitalario: AEP y ACSC.
- Estimación de los costes por proceso basado en el consumo casi real: ABC.

La planificación estratégica (fig. 4) es el último bloque de instrumentos que necesita el gestor clínico para que sus resultados mejoren día a día. Pero la estrategia bien entendida es más una actitud que un instrumento. Todos recordamos magníficos estudios realizados por firmas reconocidas que han tenido como destino la decoración, con su lomo, de las estante-

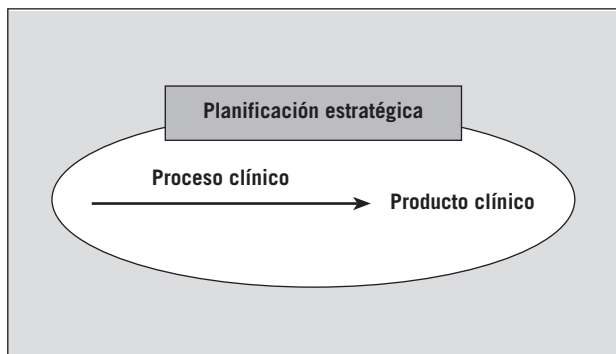


Fig. 4. El apoyo de la planificación estratégica.

rias de los despachos de dirección. El gestor clínico, en su vertiente de líder de grupo, tiene la obligación de levantar la vista de vez en cuando, como debe hacer un buen centrocampista en un partido de fútbol, del cual todos esperamos que arranque un buen pase largo, mientras que podría ser desastroso para el equipo si ese mismo jugador se engarzara en un regate corto. El gestor clínico debe plantearse, pues, qué resultados está consiguiendo y cómo se podrían mejorar.

**Hablemos de los protocolos. ¿Qué han aportado y qué limitaciones tienen?**

No hay una fecha precisa, pero los protocolos se introducen en la cultura médica durante los años setenta y, aunque pa-

rezca contradictorio, lo hacen de la mano de los propios médicos. En aquellos años, la medicina empieza a ser realmente cara y resolutive (en algunos procesos) y tanto los propietarios de hospitales, como las aseguradoras (especialmente en EE.UU.), también comienzan a mostrarse preocupados por los costes de los procesos. Especialmente, después de haber modernizado los servicios centrales y generales, se dan cuenta de que si no consiguen controlar la toma de decisiones clínicas, de nada les sirve el esfuerzo gestor (p. ej., el éxito de haber conseguido las mejores placas de tórax al menor coste posible se va al traste si la placa de tórax no estaba correctamente indicada). Los médicos se dan cuenta de ello y algunos de los grupos más poderosos reaccionan acogiendo a la metodología de los protocolos, puesto que si el proceso es una competencia exclusivamente médica, es mejor regularlo antes de que lo intenten las mutuas o los gobiernos.

Desde el punto de vista metodológico, los protocolos se basan en algoritmos, es decir, en árboles de decisiones. Por lo tanto, ante cada decisión, el responsable del proceso acostumbra tener sólo la disyuntiva del sí/no, pero perfectamente definido de cuando debe ser sí y cuando no. Esta metodología nace de los manuales de procesos industriales, que tienen por misión que nunca haya nada artístico en el desarrollo de procesos, ya que se supone que si 2 procesos consecutivos se consiguen producir de manera idéntica, como 2 gotas de agua, los productos finales serán infinitamente reproducibles con una calidad estándar y previamente admitida.

En la figura 5 se muestra un protocolo elegido al azar entre la infinidad de manuales de protocolos existentes en la me-

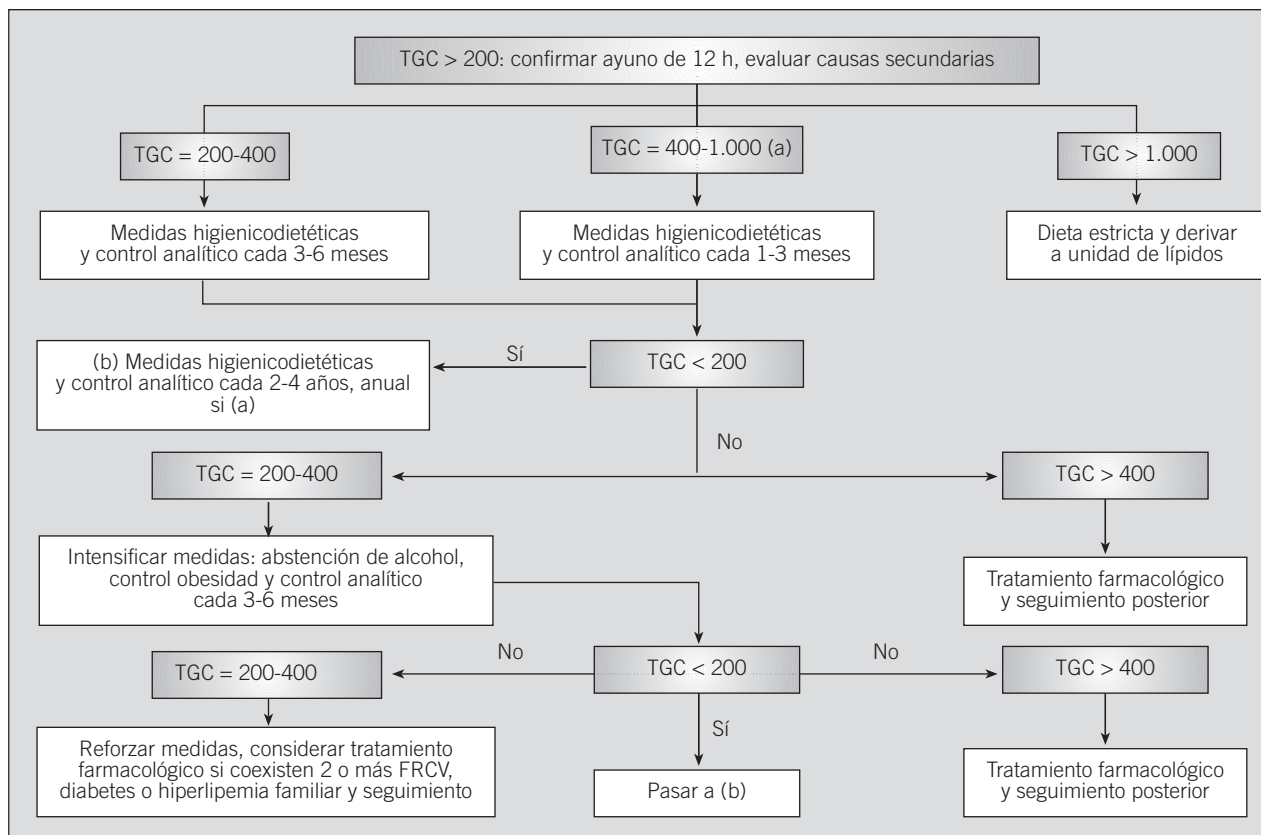


Fig. 5. Plan terapéutico ante la hipertrigliceridemia. Tomado de documento de trabajo del CatSalut de Manresa, 1994. FRCV: factores de riesgo cardiovascular; TGC: triglicéridos.

dicina, y el hecho de mostrarlo aquí no es por el contenido, sino para que se observe el formato de un árbol de decisiones sin matices (cada decisión es de sí/no).

La presencia de protocolos en medicina se ha desarrollado atendiendo a las bases siguientes:

1. Los protocolos indican cuál es el camino correcto que debe seguir un proceso clínico.
2. Siempre hay una firma institucional que lo avala. Es decir, si un médico entra a trabajar en el servicio de medicina interna del hospital St. Thomas, debe conocer cuáles son los protocolos de este servicio, ya que ellos marcan la pauta de actuación correcta de la casa. Actuar con protocolos de otro hospital se consideraría incorrecto.
3. Tal como se han concebido, los protocolos no necesitan justificación científica, por tanto sólo marcan el estilo de un grupo profesional.

A pesar de su nacimiento reactivo y corporativo, los protocolos han aportado mucha racionalidad a la actuación médica, ya que han obligado a la reflexión colectiva y a homologar procesos que históricamente se consideraban como un asunto casi artístico. También han permitido desarrollar la metodología del *medical audit*, pieza clave en la evaluación de procesos, y ello se ha debido a que si alguien se había atrevido a poner en papel como debía ser un proceso clínico, después siempre se puede auditar sobre las desviaciones del proceso real respecto al protocolo establecido.

En la actualidad, los protocolos basados en algoritmos se han visto superados por las guías de práctica clínica; por lo tanto, han sido un primer paso en la evolución racional de la medicina.

Veamos a continuación las limitaciones que han producido que los protocolos se eclipsaran ante la medicina basada en la evidencia.

1. La falta de justificación ha ocasionado protocolos muy distintos para una misma tipología de proceso.
2. La rigidez de los árboles de decisiones a menudo choca con la realidad clínica de los pacientes concretos.
3. El seguimiento de los protocolos sólo garantiza la homologación del proceso, pero no está vinculado necesariamente a la obtención de un resultado mejor.
4. Cuando los protocolos se han utilizado fuera del ámbito clínico, normalmente lo han hecho como armas arrojadizas contra los profesionales sanitarios.

### Técnicas de consenso y gestión de grupos humanos

Después de la Segunda Guerra Mundial, en EE.UU. hubo un interés creciente en activar técnicas de consenso entre expertos en la prospectiva, debido a las limitaciones de las técnicas estadísticas, ya que para proyectar el futuro de manera cuantitativa, se deben cumplir como mínimo 3 requisitos:

1. La variable a proyectar debe ser medible. Este requerimiento es fácilmente superable, debido a que siempre se puede generar un test o una escala para medir lo aparentemente inmedible.
2. La variable a proyectar debe tener datos históricos consistentes y suficientes. Este requisito ya descarta de por sí la proyección estadística sobre la aplicación de nuevos procedimientos o sobre las nuevas enfermedades y epidemias.
3. Se debe admitir la hipótesis de que en el futuro esta variable se comportará de manera consecuente con su pasado. Como se sabe, en gestión clínica hay muchas circunstancias (nuevas técnicas o cambios organizativos o cul-

turales) que provocan cambios bruscos en las pautas de actuación y que eran imprevisibles con anterioridad.

Como las dificultades para el cumplimiento del segundo y tercer requisitos para la práctica de las proyecciones estadísticas ocurre en todos los campos, no sólo en medicina, en EE.UU., el Pentágono puso en marcha un plan para conocer de manera programada cuál era la opinión de los expertos sobre la previsión evolutiva en materias que no podían ser sujetas a la proyección cuantitativa, lo cual dio lugar al desarrollo de técnicas de consenso.

Todas estas técnicas, que se basan en dinámicas de grupo sencillas, el Pentágono no empezó a desvelarlas hasta principios de los años sesenta, debido a que desde el final de la guerra hasta entonces habían estado vinculadas a los grandes temas estratégicos de la nación, especialmente al desarrollo de la energía nuclear con fines de defensa. Pero, a partir de la publicación del primer Delphi, la industria adoptó estas técnicas para sus planes estratégicos, debido, entre otras cosas, a que eran baratas y eficientes.

La técnica Delphi obtuvo su nombre en honor al oráculo, y de esta forma el Pentágono reconoció sus primeros servicios: la previsión del devenir de las guerras. El principio de la técnica consiste en la selección de un grupo de expertos que no se reúnen nunca y que, por tanto, conservan el anonimato entre ellos. Ello conlleva algunas ventajas para el mantenimiento del secretismo del tema tratado, pero además preserva la independencia de criterio de cada participante, y encima se puede resolver a bajo coste, ya que permite la participación de expertos alejados geográficamente sin la necesidad de viajar. Así pues, la técnica Delphi está concebida para crear opinión o para debatir conceptos en materias muy nuevas, sobre las cuales aún no hay conocimiento suficiente.

A pesar de ello, deben conocerse y admitirse algunas limitaciones de la técnica, sin las cuales no se pueden interpretar correctamente los resultados. En primer lugar, nunca debe aplicarse una técnica de consenso cuando ya hay datos cuantitativos o evidencia. En segundo lugar, los resultados de una técnica de consenso no son repetibles y dependen, por tanto, de la selección de expertos que participen en ella. Por último, debe saberse que probablemente las conclusiones serán conservadoras, en el sentido de que cuando se habla de futuro, las opiniones más extremas o radicales no acostumbra ser secundadas por la mayoría.

En los años ochenta, las técnicas de consenso empezaron a hacer mella en el sector sanitario, y ahí, además del Delphi, se debe hacer mención a la técnica de los grupos nominales, que vendría a ser un Delphi *indoor*, es decir, una técnica que conserva casi todos los principios de la metodología madre, excepto la del anonimato. Pero también cabe hablar de las conferencias de consenso, reuniones basadas en la dinámica de la vista oral de los juicios con: juez, acusado (un tema), abogado defensor, abogado acusador, testigos, pruebas de cada parte y tribunal.

Al gestor clínico, le conviene saber que todas estas técnicas han hecho aportaciones en el campo de establecimiento de consensos en el proceso clínico, además de otras aportaciones para los políticos de la sanidad. También hay que conocer que hoy día han perdido actualidad, al menos como apoyo al proceso clínico, debido a la gran fuerza que tiene la necesidad de sustentar las guías de práctica clínica en la evidencia científica<sup>6</sup>.

A pesar de ello, a continuación se destacan algunas aportaciones de la cultura del consenso a la gestión clínica<sup>7,8</sup>.

1. En la revista *Gaceta Sanitaria* se publicó un Delphi sobre qué opinaban los cirujanos y los anestesistas de la implan-

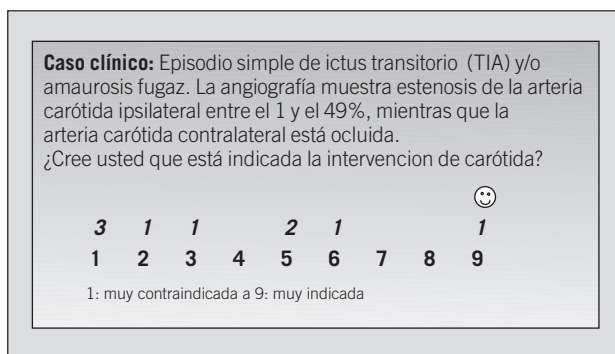


Fig. 6. Toma de decisión en un grupo nominal sobre una escala de justificación de la indicación. Park et al<sup>10</sup>.

tación de la cirugía mayor ambulatoria en España, en un momento (mediados de los años noventa) en que sólo había un puñado de unidades piloto<sup>9</sup>. El Delphi recordó uno de características similares que se había realizado en el Reino Unido unos años antes. El momento era adecuado, porque se trataba de un nuevo modelo organizativo que iba a afectar a muchos procesos quirúrgicos, y aún no había suficientes datos en España, pero sí muchos temores, al lado de fervientes defensores. No se trataba pues de evidencia en la eficacia de la acción, dado que ya funcionaba bien en otros países, sino de la valoración de las dificultades en la efectividad de estos programas en nuestro entorno. El Delphi se basó en una extensa lista previa de intervenciones susceptibles de ser ambulatorizadas, en las cuales los especialistas debían opinar sobre el porcentaje que ellos creían que podría intervenir sin ingreso. Después de 2 rondas, la desviación típica mostraba el grado de consenso de cada porcentaje medio. No hace falta decir que hoy día sería impropio realizar este estudio, debido a que ya disponemos de información real suficiente de las unidades de cirugía sin ingresos existentes.

2. En 1986, en la revista *American Journal of Public Health* se publicaron los resultados de un grupo nominal preparatorio de una conferencia de consenso, que se organizó para determinar las indicaciones y las contraindicaciones de las intervenciones de carótida<sup>10</sup>. En la figura 6 se puede observar cómo recibían los casos clínicos los expertos y cuál era la técnica para inducirlos a un consenso.

En este grupo nominal participaron 9 expertos, cada uno de los cuales utilizó una escala de justificación de la indicación que iba de 1 (intervención muy contraindicada) hasta 9 (intervención muy indicada). Después de cada ronda, cada participante recibía una información parecida a la de la figura anterior, donde podía ver que, por ejemplo, 3 de ellos consideraban la intervención muy contraindicada, mientras que otros 2, bastante contraindicada. Cada uno de los participantes tenía marcado sólo en su informe particular cuál había sido su aportación en la ronda anterior (es el emoticono de la figura anterior), y este experto en cuestión podía discutir su resultado, o bien cambiar, con discreción, su aportación en la ronda siguiente.

3. Los informes de las conferencias de consenso siempre destacaron por un redactado muy respetuoso con el gestor clínico. De manera que los Institutos Nacionales de Salud (INH) en EE.UU. pretendían que el médico tuviera un informe que fuera a la vez independiente de la industria y del Gobierno, y que le diera la opinión consensuada de expertos sobre indicaciones o contraindicaciones de nuevas técnicas o fármacos. Desde el punto de vista metodológico, es-

TABLA 2

**Extracto de 2 informes procedentes de grupos de consenso, uno de la Rand Corporation<sup>11</sup> de 1989 y otro de la Generalitat Valenciana<sup>12</sup> de 1994, ambos sobre las indicaciones de la cesárea**

«En hospitales con instalaciones, equipamiento adecuados y con equipo profesional entrenado para la práctica de la cesárea urgente; una buena selección de casos debería permitir intentar un trabajo seguro de parto vaginal en mujeres con cesárea previa (con sección transversal baja)<sup>11</sup>»  
«Hubo unanimidad al considerar que la indicación de la cesárea debería ser del 100% en los casos de sufrimiento fetal intraparto, inducción fallida y desproporción pélvico-fetal»  
«Respecto a los partos de nalgas y los partos gemelares, se consideró que la cesárea estaba indicada en un 60 y un 40%, respectivamente. Sin embargo, en estas últimas dos situaciones, algunos obstetras quisieron remarcar que la carencia de medios para un control fetal adecuado y la presión social pueden influir en el incremento de la tasa de cesáreas<sup>12</sup>»

tos informes sustituyeron el árbol de decisiones de los protocolos (sí/no) por formas verbales más suaves. En resumen, el médico que tiene a su alcance un informe de consenso, tiene una opinión colectiva de colegas, muy distinto al manual de procesos industriales de los protocolos.

En la tabla 2 se expone un ejemplo un extracto de 2 informes, ambos sobre las indicaciones de la cesárea, uno procedente de 1989 de las conferencias de consenso que los INH encargaban a la Rand Corporation<sup>11</sup>, mientras que el otro procede de grupos nominales que organizó la Generalitat Valenciana y que se publicaron en 1994<sup>12</sup>.

**Ha llegado el momento de la medicina basada en la evidencia**

La medicina basada en la evidencia se populariza entre los médicos a partir de la publicación del libro de Sackett et al<sup>13</sup> de 1995, a pesar de que las bases sobre las que se sustenta la nueva corriente son las propias de la epidemiología clínica y de que la propia necesidad de mejorar las prácticas clínicas a partir de la evidencia científica existente ya empieza a hacerse notar a partir de 1991<sup>14-20</sup>. Sea como fuera, la aparición de la medicina basada en la evidencia en la esfera clínica (fig. 7) incide en 3 puntos clave<sup>21,22</sup>.

1. Se requiere evaluar la relevancia y la oportunidad de los proyectos de investigación. Recuérdese que el símbolo de la Colaboración Cochrane se basa en el gráfico del metaanálisis que demostró que se había llegado a malgastar mucho dinero en la investigación de la eficacia de la fibrinólisis en pacientes con infarto agudo de miocardio, posteriormente a que la cantidad de ensayos realizados ya era suficiente para esclarecer la bondad de los fibrinolíticos en la reducción de la mortalidad<sup>23</sup>.

2. Hay una bibliografía científica excesiva y abrumadora, a través de la cual es muy difícil navegar y, sobre todo, conseguir separar el grano de la paja.

3. Hay una necesidad de transformar la eficacia demostrada en la investigación en la efectividad de la acción clínica, esta última siempre tan presionada en sus decisiones por el marketing de la industria.

Las guías de práctica clínica deben basarse en la evidencia científica, al contrario de los protocolos, donde lo importante es definir bien el proceso según los criterios de cada servicio, o bien de los consensos, donde prevalece la opinión (reflexionada, pero opinión al fin y al cabo). En las guías, la base está en que para cada decisión clínica importante el médico tenga a su alcance qué consistencia tiene la evidencia que sustenta cada opción a tomar.

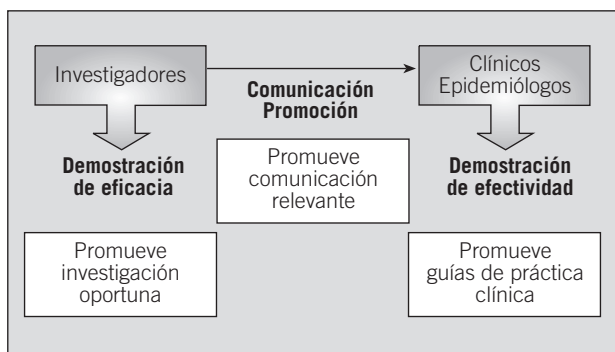


Fig. 7. Medicina basada en la evidencia: ilustración sobre la necesidad de promover investigación oportuna, comunicación relevante y práctica clínica efectiva (guías de práctica clínica).

TABLA 3

**Los 5 retos que se deben abordar en la elaboración de una guía de práctica clínica**

1. Definir cuáles son las decisiones clínicas relevantes del proceso
2. Buscar la evidencia que sustenta cada decisión clínica
3. Adoptar una escala de evidencia
4. Abordar los aspectos prácticos de la efectividad de la actuación clínica
5. Correlacionar guías con trayectorias de enfermería

En muchos centros sanitarios, se ha procedido a la conversión de los antiguos protocolos en modernas guías de práctica clínica, pero para ello, los equipos que abordan este trabajo deben afrontar algunos retos (tabla 3):

1. Revisar cuáles son las decisiones clínicas relevantes, trabajo que se supone que ya se ha hecho, si el proceso clínico disponía de un protocolo, pero sobre el que se debe volver a incidir.
2. Búsqueda de evidencia relevante, al menos en el ámbito de la eficacia. Además de las bases de datos habituales, no deben olvidarse las aportaciones que la Colaboración Cochrane hace en materia de evidencia.
3. Adoptar una escala de evidencia, lo cual no es fácil, dado que hay varias. Valga como ejemplo las expuestas en la figura 8 que, como se puede observar, adoptan criterios distintos a la hora de valorar en una escala la evidencia encontrada en la búsqueda bibliográfica<sup>24-26</sup>.
4. Otro reto para las guías de práctica clínica es cómo tratar la cuestión de la efectividad, desde la perspectiva de la evidencia, puesto que a menudo los estudios se han realizado con parámetros muy distintos a los de la propia realidad asistencial. Los problemas sociales, los problemas asociados al envejecimiento de la población, las dificultades en el seguimiento del tratamiento, son sólo algunos de los problemas que las guías de práctica clínica también deben abordar.
5. Un último reto de las guías consiste en cómo congeniar las guías con las trayectorias de enfermería, siempre que, evidentemente, se trate del mismo proceso. Las trayectorias están teniendo un grado de desarrollo muy destacado en el campo de la enfermería, y se trata, pues, de la homologación de la práctica enfermera. Está claro que si el gestor clínico debe manejar a un equipo multidisciplinario con el objetivo de mejorar los procesos y sus resultados, está obligado a correlacionar el proceso clínico basado en la evidencia con el proceso de enfermería basada en las pautas establecidas por las trayectorias<sup>27</sup>.

Nivel I	Ensayos aleatorizados con bajos falsos positivos y bajos falsos negativos
Nivel II	Ensayos aleatorizados con altos falsos positivos o altos falsos negativos
Nivel III	Estudios de cohorte no aleatorizados
Nivel IV	Estudios retrospectivos
Nivel V	Series de casos anecdóticos

Grado A	Nivel I de evidencia
Grado B	Nivel II de evidencia
Grado C	Niveles III, IV o V de evidencia

*Stroke. 1994;25:1901.*

Nivel evidencia	Tipo de estudio
Clase I	Situaciones sobre las que se disponen de datos y/o existe un acuerdo general de que un determinado procedimiento o tratamiento es favorable, útil y eficaz. El metaanálisis o la revisión sistemática apoya la evidencia de su utilidad
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión inclina a apoyar su utilidad/eficacia. Hay algún estudio controlado que lo apoya
Clase IIb	La utilidad/eficacia no es tan clara
Clase III	No es útil/eficaz, puede ser perjudicial

Nivel evidencia	Calidad evidencia	Diseño del estudio
I	Buena	Metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados
II	Buena	Ensayos controlados y aleatorizados de muestra grande
III	Buena a regular	Ensayos controlados y aleatorizados de muestra pequeña
IV	Regular	Ensayos prospectivos controlados no aleatorizados
V	Regular	Ensayos prospectivos controlados no aleatorizados (controles históricos)
VI	Regular	Estudio de cohorte
VII	Regular	Estudios de casos y controles
VIII	Baja	Series clínicas no controladas
IX	Baja	Comités de expertos, conferencias de consenso

Fig. 8. Tres ejemplos de escalas de evidencia en uso<sup>25,26</sup>.

**¿Qué aporta la gestión de casos?**

La gestión de casos (también *disease management*<sup>28-30</sup>) consiste en el desarrollo de una metodología que algunas aseguradoras, especialmente estadounidenses, han promocionado. Así, hay que destacar que de todos los instrumentos de apoyo al proceso clínico, los que genera la cultura de la gestión de casos son los únicos que han promovido mutuas especializadas en el aseguramiento de la salud. En ellos, los médicos han actuado como meros técnicos, pero no como promotores.

El interés por la gestión de casos nace de las dificultades del tratamiento eficaz y eficiente de las personas afectadas de procesos complejos y/o crónicos, cuando se ven obligados a transitar entre especialidades o entre niveles asistenciales. Esta metodología se revela muy resolutiva en casos de cáncer y en trastornos crónicos vinculados a la senilidad, con contactos insistentes entre los pacientes y el sistema sanitario, especialmente en situaciones familiares, sociales y económi-

TABLA 4

**Los 5 requisitos imprescindibles para desarrollar la gestión de casos en pacientes complejos y crónicos**

1. Elaboración de la guía de práctica clínica y/o la trayectoria de enfermería
2. Conocimiento y comunicación de profesionales entre especialidades y entre niveles
3. Historia clínica unificada soportada por un sistema de información viable entre niveles
4. Establecimiento de la figura del gestor de casos
5. Evaluación y mejora continuada

cas delicadas (la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la insuficiencia cardíaca serían 2 buenos ejemplos de ello). Para que funcione adecuadamente la gestión de casos, se deben cumplir los 5 requisitos básicos siguientes (tabla 4).

1. La elaboración de una guía de práctica clínica (preferentemente acompañada de trayectoria de enfermería) global entre especialidades y entre niveles, debe ser el instrumento básico para todos los profesionales que intervienen en el proceso clínico, sea cual sea el nivel asistencial. La guía debe actuar como una carta de navegación previamente establecida entre todos los profesionales. En esta guía deben quedar bien claros los criterios clínicos y sociales que deben aconsejar un cambio de nivel: primaria-hospital-socio-sanitario, en un sentido y en el contrario.

2. El conocimiento de los profesionales que comparten proceso clínico, a pesar de que trabajen en distintos niveles asistenciales, y la comunicación fluida entre ellos es la clave del éxito. La situación aconsejable sería establecer sesiones clínicas para adoptar planes individualizados y evaluar la evolución de cada caso clínico, pero en su defecto, la comunicación directa puede funcionar, siempre y cuando se compartan los principios de la guía de práctica clínica<sup>31</sup>.

3. El sistema de información debe compartirse entre especialidades y entre niveles. El requerimiento básico sería que la historia clínica se unificara y que permitiera un acceso rápido y seguro por parte de todos los profesionales implicados en el proceso. En este punto, ha avanzado más la tecnología, la cual ya no conoce fronteras ni impedimentos, que los modelos; y de forma contradictoria, resulta muy difícil conectar información entre niveles, que por desgracia trabajan con programas informáticos que aún no contemplan esta posibilidad.

4. Debe existir la figura de un gestor de casos para cada proceso. Este profesional, preferentemente un profesional de enfermería especializado en este proceso, tiene la función de conducir correctamente al paciente por los entresijos del sistema, y garantizar el cumplimiento de la guía.

5. Se debe activar un sistema de evaluación del proceso y de reorientación continuada, debido a las dificultades que entraña el tratamiento correcto de la efectividad. Todos los profesionales implicados deberían estar predispuestos a evaluar y a mejorar los circuitos para reducir la burocracia, y aumentar el bienestar de los pacientes, especialmente del grupo que presenta enfermedades crónicas y neoplásicas.

**Agradecimientos**

Agradecemos la participación de los Drs. Joan Rodés, David Font y Josep M. Piqué, del Hospital Clínic de Barcelona.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit.* 1998;11:55-8.
2. Farell MP, Schmitt MH, Heinemann GD. Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. *J Interprof Care.* 2001;15:281-95.
3. Long KA. A reality-oriented approach to interdisciplinary work. *J Prof Nurs.* 2001;17:278-82.
4. Molyneux J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *J Interprof Care.* 2001;15:29-35.
5. Bonfill X. Información clínica y gestión. *Med Clin (Barc).* 1995;104:224-7.
6. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med.* 1989;321:1306-11.
7. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gac Sanit.* 1991;5:114-6.
8. March JC, Prieto MA, Hernán M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit.* 1999;13:312-9.
9. Colomer J, Ramon C, Varela J, Borrás JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio Delphi. *Gac Sanit.* 1996;10:238-43.
10. Park RE, Fink A, Brook RH, Chassin MR, Kahn KL, Merrick NJ, et al. Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. *AJPH.* 1986;76:766-70.
11. Kanouse DE, Brook RH, Winkler JD, Koseoff J, Berry SH, Carter GM, et al. Changing Medical Practice Through Technology Assessment. A Rand Corporation Research Study. Los Angeles: ASHR; 1989.
12. Varela J. Reunión de consenso entre clínicos. Atención hospitalaria del parto y cesárea. Generalitat Valenciana; 1994.
13. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 1996.
14. Wyatt J. Use and sources of medical knowledge. *Lancet.* 1991;338:1368-73.
15. Guidelines for doctors in the new world [editorial]. *Lancet.* 1992;339:1197-8.
16. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992;268:2420-5.
17. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. User's guides to the medical literature: I. How to get started. *JAMA.* 1993;270:2093-5.
18. Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *J Fam Pract.* 1994;39:489-99.
19. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. *Lancet.* 1995;346:407-10.
20. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet.* 1995;345:840-2.
21. Gol JM. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. *JAMA (ed. esp.).* 1997;Supl:5-14.
22. Buglioli M, Ortún V. Decisión clínica. Como entenderla y mejorarla. Barcelona: Springer; 2001.
23. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *JAMA.* 1992;268:240-8.
24. Adams HP Jr, Brott TG, Crowell RM, Furlan AJ, Gomez CR, Grotta J, et al. Guidelines for the management of patients with acute ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke.* 1994;25:1901.
25. ACC/AHA. Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction. Special Report. AHA Medical Scientific Statement. *J Am Coll Cardiol.* 1996;28:1328-1428.
26. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria.* 1999;20:256-66.
27. Lockhart-Wood K. Collaboration between nurses and doctors in clinical practice. *Br J Nurs.* 2000;9:276-80.
28. Harris JM Jr. Disease Management: new wine in new bottles? *Ann Intern Med.* 1996;124:838-42.
29. Todd WE, Nash D, editors. Disease Management: a system approach improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Association; 1997.
30. Disease Management Association of America. Disease Management. Disponible en: <http://www.DMAA.org>
31. Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria.* 2000;25:526-7.