

LA GESTIÓN CLÍNICA: MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS. MODELOS DE REHABILITACIÓN.

Francisco Manuel Martín del Rosario,
Fátima Isabel Hernández Cabrera, Vanessa Begoña Déniz Saavedra

PALABRAS CLAVE:

Gestión clínica, cartera de servicios, EFQM, Unidades de Gestión Clínica, rehabilitación domiciliaria, guía de práctica clínica, vías clínicas, protocolos, indicadores de calidad, Medicina Basada en Evidencias, Consulta de Alta Resolución.

ABREVIATURAS:

OAGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. **AVAC:** Años ganados ajustados por calidad de vida. Es lo mismo que QALY. **CMBD:** Conjunto mínimo básico de datos. **EFQM:** European Foundation for Quality Management, Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. **GP:** Gestión por procesos. **GPC:** Guías de Práctica Clínica. **GRD:** Grupos relacionados con el diagnóstico. **ISO:** International Standardization Organization. **MBE:** Medicina Basada en Evidencias. **QALY:** Quality-adjusted life year or quality-adjusted life-year años ganados ajustados por calidad de vida. **UCH:** Unidades de complejidad hospitalaria. **UGC:** Unidad de Gestión Clínica.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define un sistema sanitario como un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, públicos y comunidades, así como el medio ambiente físico y psicosocial y en el sector de la salud y sectores afines. El Sistema Nacional de Salud considera la salud como un bien universal tutelado por el Estado, por lo que es financiado mediante impuestos, con aportaciones de los sistemas de seguros sociales, estableciéndose un control gubernamental del proceso de financiación y provisión de servicios.

Las principales leyes sanitarias en España son la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), la Ley General de la Seguridad Social, y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003). Resulta muy importante de cara a la rehabilitación la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en dependencia y a las familias de España (Ley de Dependencia).

La Ley General de Sanidad basa el establecimiento del Sistema Nacional de Salud sobre un conjunto de principios generales, que definen la ideología del sistema sanitario español, que son compartidos por la mayoría de los países desarrollados. Estos principios son:

- Universalidad.
- Eficacia (Capacidad de lograr el resultado deseado o esperado en condiciones ideales).
- Eficiencia (Consecución del mejor nivel de salud posible con el mínimo coste).
- Equidad (Distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades en salud de los grupos de población, en el acceso a los servicios, en la distribución de recursos entre comunidades con distribución equitativa del gasto).
- Participación ciudadana.
- Calidad.

Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas han adoptado formas jurídico organizativas distintas, que van desde organismos autónomos administrativos a entes públicos de carácter institucional o de derecho privado.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria a los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. La asistencia de rehabilitación que se realiza en el Sistema Nacional de Salud se realiza en Atención Primaria (atención de rehabilitación básica y domiciliaria), Atención Especializada (Rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable a través

de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y medios técnicos) y en la Asistencia Sociosanitaria. También son especialmente importantes las prestaciones ortoprotésicas (que comprende las prótesis externas, las sillas de ruedas, las ortesis y las prótesis especiales) y el transporte sociosanitario.

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre establece la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud**. Es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Contiene los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento.

2. INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN CLÍNICA

El gasto derivado de la asistencia sanitaria está aumentando en todo el mundo por el envejecimiento poblacional, el incremento en el gasto farmacéutico, los avances tecnológicos en diagnóstico, terapéuticos, etc. La atención sanitaria prestada a la sociedad debe asegurar una asistencia de calidad mediante la eficiencia técnica, económica y social. Esto ha obligado a la incorporación de la gestión clínica en toda la organización sanitaria. La gestión clínica supone integrar la mejor práctica clínica y el mejor uso de los recursos disponibles. Es volver a diseñar toda la organización sanitaria para permitir incorporar a los sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica y dotar a las unidades clínicas de instrumentos para planificar y gestionar sus actividades. Es el uso de los recursos (humanos, tecnológicos y organizativos) para el cuidado óptimo de los enfermos y está en relación con el conocimiento clínico, la mejora de la organización y de los procesos asistenciales. La gestión clínica pretende aumentar la efectividad, eficiencia y calidad de la asistencia sanitaria, mediante la transmisión de la responsabilidad en la utilización de unos recursos escasos al profesional sanitario, que hasta entonces residía en otros (gestores, políticos...). Para ello es necesario que toda la organización se centre en el paciente, abordando su asistencia de forma horizontal (lo que implica a todos los niveles asistenciales, a profesionales diferentes y en tiempos diversos).

Para alcanzar una asistencia sanitaria de calidad es necesario utilizar guías de práctica clínica, una formación adecuada de los profesionales sanitarios, la introducción de programas de mejora continua y de tecnologías de la información y comunicación. Se precisan definir estándares de calidad con el objetivo de cubrir las necesidades de la población, la satisfacción y las demandas del paciente. El aumento del gasto de la asistencia sanitaria obliga al estudio del coste-efectividad y coste-utilidad de todas las decisiones diagnósticas y terapéuticas para poder tener un uso racional de los recursos.

La gestión clínica puede articularse en tres niveles:

- Individual, que hace referencia a la elección de un determinado tratamiento de mayor eficacia, utilizando para ello herramientas como la medicina basada en la evidencia, las guías de práctica clínica, auditorías, epidemiología sanitaria y acuerdos de gestión.
- Nivel asistencial, que alude a la efectividad clínica de los procesos y recursos empleados.
- Nivel de gestión de la unidad clínica, que se refiere a la organización interna, gestión de personal y de los recursos asignados.

Las características que definen la gestión clínica son las siguientes:

- Realización una práctica clínica de calidad: para ello nos basaremos en el uso de guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados y programas claves de atención interdisciplinar. Para asegurar la calidad utilizaremos modelos de calidad, usando estándares de calidad de los modelos más usados a nivel internacional (Joint Commission International, EFQM) y la mejora continua de la calidad.
- Corresponsabilidad en la gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos: supone la gestión de los recursos utilizados en la actividad clínica para conseguir el mayor beneficio para el paciente.
- Coordinación y continuidad asistencial: Se basa en modelos de coordinación y cooperación efectivos entre niveles asistenciales para lograr una mejor atención a los pacientes y satisfacción de los mismos.
- Cambios de modelo organizativo^(1,2): estableciendo Unidades de Gestión Clínica (UGC) o Áreas de Gestión Clínica (AGC), en las que trabajan sanitarios de diferentes estamentos y categorías de acuerdo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones para el cumplimiento de unos

objetivos pactados previamente y establecidos en el Acuerdo de Gestión Clínica, estableciéndose incentivos orientados al logro de una asistencia eficiente y de calidad. Los modelos de gestión pueden abarcar toda la provincia (como en Andalucía), a todo el hospital, a servicios individuales o a varios de ellos que ejerzan su actividad sobre un mismo grupo de patologías (por ejemplo Unidades del Aparato Locomotor) o a equipos de atención primaria.

3. LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

La medicina física y rehabilitación ha ido pasando del medio hospitalario al ámbito comunitario, respondiendo a necesidades asistenciales e ideológicas. Junto con el desarrollo de nuevas subespecialidades en rehabilitación (cardiorrespiratoria, intervencionista...), sobre todo de aplicación hospitalaria, se ha ido desarrollando cada vez más la rehabilitación en atención primaria. La continuidad asistencial en el tratamiento de las personas con discapacidad depende de las adecuadas relaciones entre el nivel hospitalario y del nivel de atención primaria.

3.1. MODELOS DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN

Son modelos de atención en rehabilitación los siguientes:

- Rehabilitación basada en las instituciones.
- Rehabilitación basada en la comunidad.
- Rehabilitación domiciliaria.

Los tres modelos no son necesariamente exclusivos sino que pueden ser complementarios.

3.1.1. REHABILITACIÓN INSTITUCIONAL

Se basa en el centro de rehabilitación. En él reciben tratamiento rehabilitador ambulatorio personas con discapacidad. Su principal ventaja es la concentración de recursos técnicos y humanos en un solo sitio. Sus inconvenientes son la dificultad de acceso de determinados enfermos al centro de rehabilitación (por cuestiones de transporte, económicas, etc) y que resulta muy costosa. Se subdividen en servicios regionales (con personal más especializado, con o sin camas de hospitalización, monográficos en daño cerebral, lesión medular...) o locales.

Los objetivos de la hospitalización en rehabilitación varían en función de que se trate de unidades de corta, de mediana o de larga estancia. Las de corta estancia tienen como objetivo una intervención intensa y frecuente de rehabilitación

para recuperar o minimizar la discapacidad sobrevenida a pacientes con potencial de recuperación o bien para tratamiento de pacientes discapacitados con procesos intercurrentes que necesiten tratamiento hospitalario. Ejemplos son las unidades de tratamiento de lesión medular, de daño cerebral adquirido y algunas camas de hospitalización en Hospitales de agudos para tratamiento de pacientes concretos (artroplastias de cadera y rodilla, postoperados de neurocirugía, polineuropatías agudas desmielinizantes...). Los centros de hospitalización de media estancia están diseñados sobre todo para atender pacientes con mayor duración de ingreso y con mantenimiento de necesidades de rehabilitación, para aquellos pacientes que no han sido dados de alta a domicilio tras un centro de corta estancia o como transición a uno de larga estancia. Los de larga estancia se centran en el tratamiento con menores medios a pacientes con déficit no recuperable y con persistencia de necesidades de rehabilitación y que precisan una intervención sanitaria menos intensa. La decisión de ingreso en cada uno de estos modelos depende de la enfermedad y su discapacidad, además del potencial de recuperación y del soporte familiar y social del paciente, por lo que se trata de una decisión que debe ser individualizada y consensuada con el enfermo y sus familiares y de acuerdo con las directrices de gestión del servicio de salud en el que estemos inmersos.

3.1.2. REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Es un modelo desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en los años 80. Es una estrategia para apoyar a las personas con discapacidad para que puedan sacar el máximo provecho de sus facultades físicas y mentales y para que alcancen la plena inclusión social dentro de sus propias comunidades, utilizando los recursos locales disponibles (de salud, educativos, sociales y de carácter laboral).

Las acciones de la rehabilitación basada en la comunidad se dividen en intervenciones primarias (dirigidas a evitar que se produzcan las deficiencias), intervenciones secundarias (la rehabilitación propiamente dicha) y las intervenciones terciarias (acciones que reducen o eliminan las barreras sociales y físicas y que excluyen a las personas con discapacidad de la comunidad). La intervención secundaria engloba la medicina física y de rehabilitación, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia, la cirugía reconstructiva, las ayudas técnicas, la estimulación temprana, la capacitación laboral, etc. Los servicios de rehabilitación básica se proporcionan mediante los promotores de rehabilitación, con formación específica y haciendo uso

de recursos con tecnología apropiada que estén localmente disponibles. Esta actuación debe estar coordinada con los centros de rehabilitación para la remisión de personas discapacitadas con problemas más complejos.

La rehabilitación basada en la comunidad se puede realizar en el ámbito urbano y en el rural, especialmente en aquellos sitios con escaso acceso a servicios de rehabilitación.

3.1.3. REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

Se realiza en el domicilio del paciente, aplicando tecnologías sencillas y de bajo costo. En países subdesarrollados permite extender la cobertura de rehabilitación, logrando mayor equidad y eficiencia. Los modelos de rehabilitación domiciliaria varían según las diferentes comunidades autónomas.

Las ventajas de la rehabilitación domiciliaria son las siguientes:

- La evaluación y tratamiento del enfermo se realizan en su entorno habitual, favoreciendo la integración de los logros obtenidos.
- Se favorece la continuidad asistencial.
- Permite adelantar el alta hospitalaria y disminuye los reingresos hospitalarios.
- Ahorro de costes en transporte sanitario.

La rehabilitación domiciliaria en los países industrializados se destina principalmente a pacientes postagudos que necesiten rehabilitación, pacientes crónicos complejos, a pacientes en situación de fragilidad, pacientes con evolución progresiva hacia el empeoramiento funcional, pacientes con pronóstico de vida limitado, con enfermedades crónicas avanzadas o aquellos para los que acudir a un centro de rehabilitación supone un riesgo (de salud, problemas de conducta...). Como apoyo o continuación de la hospitalización domiciliaria, está dirigida a evitar o acortar ingresos innecesarios.

Puede ser especializada (para pacientes con sobreagudización o reingresos frecuentes, buscando la máxima autonomía del enfermo y su recuperación funcional), convencional o de mantenimiento (para pacientes con secuelas permanentes, previniendo o retrasando el deterioro funcional).

La atención domiciliaria debe ser integrada, coordinada con los diferentes niveles organizativos que actúan en un mismo proceso y de continuidad. También se recomienda que la rehabilitación domiciliaria deba ser limitada en el tiempo y tener unos objetivos claros basados en una valoración previa integral. El plan de tratamiento debe actuar sobre los síntomas y signos para recuperar la máxima autonomía y tratar la discapacidad. Además debe

proporcionar la educación sanitaria del paciente y familiares.

Son ejemplos de pacientes candidatos a rehabilitación domiciliaria especializada los enfermos con ictus, la lesión medula, con esclerosis lateral amiotrófica. Son candidatos a rehabilitación domiciliaria convencional los pacientes con enfermedad de Parkinson, enfermedades neuromusculares, daño cerebral adquirido, etc. Los pacientes con síndrome por inmovilidad con mal pronóstico funcional son candidatos a rehabilitación de mantenimiento.

3.2. EQUIPO DE REHABILITACIÓN

Un equipo es un sistema de trabajo que permite a varias personas coordinar sus actividades y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos y trabajo al logro de un propósito común.

Los equipos de rehabilitación son multi-interdisciplinarios y deben responder de forma holística y conjuntamente en torno a la reeducación funcional del paciente. Los componentes de un equipo en rehabilitación son: los médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermeros, trabajadores sociales, logopedas, terapeutas ocupacionales, auxiliares, celadores y personal administrativo. Se puede contar con elementos de apoyo como pueden ser trabajadores sociales, psicólogos, técnicos en Educación Física, podólogos, técnicos ortopédicos, etc. El médico rehabilitador actuará como coordinador médico de estos equipos.

Para que un equipo de rehabilitación funcione como tal requiere que cada miembro del mismo contribuya con sus conocimientos, asuma sus responsabilidades y dirija los aspectos propios de su área de conocimiento. En el equipo no deberá existir duplicidad de funciones y ningún miembro podrá reemplazar a otro. La comunicación entre sus miembros es imprescindible, así como la realización de sesiones clínicas y reuniones conjuntas. En un equipo de rehabilitación es importante tener unos objetivos y tareas claras, y en él se deben discutir los problemas propios del servicio y del paciente en sesiones periódicas, tratándose formas de actuación, entradas de pacientes, continuación de tratamientos o altas...

3.3. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Constituyen un modelo organizativo relativamente reciente que incorpora a profesionales sanitarios implicados en la rehabilitación del paciente a la gestión de los recursos utilizados en la asistencia clínica. Se rigen por la normativa vigente sanitaria del Servicio de Salud al que pertenecen.

Las UGC están lideradas por un director cuyas competencias son: organizar y dirigir la UGC, distribuir el reparto de incentivos a los miembros de la unidad tras la evaluación objetiva de su desempeño, negociar con la Dirección Gerencia del Hospital o con la dirección del Área de Salud los acuerdos de gestión clínica con sus objetivos, promover la mejora continua como objetivo de la unidad (mediante evaluación de la calidad e implementación de medidas correctoras frente a situaciones ineficientes, incorporación de guías de práctica clínica o incorporar nuevas tecnologías y fármacos siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia) promover la investigación, la docencia pre y postgraduada y formación continua a los profesionales de la unidad. La actuación del director y los trabajadores está sujeta al marco normativo vigente. Resulta imprescindible y adecuado que el director de la Unidad tenga conocimiento de gestión del talento y personal y que lidere también la misma para mejorar la motivación de los profesionales, lo que redundará de forma directa en la calidad de la asistencia.

La actuación de cada Unidad estará marcada por los contratos programa (que son los acuerdos de gestión que se realizan entre el Servicio de Salud correspondiente y el hospital) y por los acuerdos de gestión clínica (que son los acuerdos entre la dirección gerencia del hospital y cada unidad o servicio y que son anuales). Los contratos programas recogen la cartera de servicios, los objetivos planteados y los pactos de consumo de recursos. Las dimensiones que se abordan habitualmente en los acuerdos de gestión clínica son: la actividad y el rendimiento (que son los apartados con mayor peso), gestión económica, indicadores clínicos y de calidad, accesibilidad y prescripción farmacológica y en menor medida la satisfacción del usuario, garantizar la continuidad asistencial, la seguridad del paciente, la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, etc. A cada dimensión se le otorga una puntuación en base al grado de cumplimiento sobre lo pactado y de la suma de las distintas dimensiones saldrá la puntuación final de la unidad (sobre 100 puntos) que será la que sirva para evaluar la misma y evaluar el grado de cumplimiento del acuerdo. Del cumplimiento del acuerdo derivan objetivos económicos para el director y el personal adscrito a la unidad y la posibilidad de una mejor financiación que redundará en mejores medios asistenciales.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

Se definen como mecanismos para la recogida, procesado, análisis y transmisión de la información

necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios, así como para la investigación y docencia (OMS, 1973). Para analizar lo que sucede durante la asistencia de rehabilitación y facilitar el trabajo actual y futuro, es imprescindible la existencia de registros que deben adaptarse al trabajo desarrollado. A cada actividad que se realiza en rehabilitación se le aplica un código; estos códigos pueden variar en función del servicio de salud correspondiente.

El término case mix o complejidad de la casuística (mezcla de casos) hace referencia a un conjunto de atributos de los pacientes que incluyen su gravedad, pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuaciones sanitarias y consumo de recursos.

El uso de sistemas de case mix permite realizar una valoración de la actuación del hospital en términos de efectividad de los resultados, pudiendo también establecer el coste de los procesos (eficiencia) entre varios hospitales o hacer un análisis histórico de los mismos. La financiación de hospitales y unidades está asociada a los procesos que trata y por tanto, ligada a su case mix. Los sistemas de case mix más usados son los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), PMCs (Patients Management Categories), PSI (Patient Severity Index), APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) y Disease Starting.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) es un sistema de clasificación de los pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital o centro de rehabilitación (casuística) con el coste que representa la asistencia. Sirven para planificar la demanda y para realzar la comparación de la actividad entre los distintos centros (benchmarking). Los GRD se aplican sólo a los pacientes que precisan ingreso hospitalario, con lo que son de poca utilidad en rehabilitación (sólo sirven para pacientes ingresados y no suelen valorar adecuadamente la función). Por otra parte, las categorías diagnósticas mayores de los GRD se forman sólo con criterios de localización de sistema u órgano y sólo consideran como diagnóstico principal el que ocasionó el ingreso, lo que hace que en muchas ocasiones los pacientes de rehabilitación estén incorrectamente clasificados. Debido a esto, se han desarrollado sistemas de case mix más adecuados al ámbito de la rehabilitación (especialmente para centros de mediana y larga estancia) como son el Maryland System, el Minnesota System, el modelo de Wisconsin, el sistema de clasificación de Alberta, el MAC y los Resource Utilization Groups versión I (RUG-I), RUG-II y RUG-III, que se basan no en la tipología del servicio (plaza/cama), sino en la tipología del usuario

y sus necesidades funcionales y de rehabilitación. Por desgracia, el uso de estos sistemas no se ha extendido en España.

El sistema de información basado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria y de los Procedimientos Ambulatorios Especializados constituye un importante instrumento de información que permite conocer la casuística atendida, la actividad hospitalaria y su calidad a nivel regional, permitiendo que esta información sea comparable a nivel nacional. Todos los hospitales están obligados a registrarlo. Consta de datos demográficos, diagnóstico principal, factores de riesgo, comorbilidades, complicaciones, técnicas diagnósticas y terapéuticas (especialmente quirúrgicas), fecha de ingreso y alta y circunstancias de ingreso y alta.

La estructura económica de los centros se organiza en grupos funcionales homogéneos (que se refieren a estructuras, grupos, unidades o servicios, con costes directos identificables). La contabilidad analítica se refiere al análisis de los costes directos e indirectos imputados a cada grupo funcional, y más allá, a cada proceso o cada paciente, lo que permite establecer el coste (económico o en unidades relativas de valor) de cada producto asistencial. El grado de desarrollo de la contabilidad analítica en rehabilitación es variable entre cada servicio de salud y hospital, siendo la meta poder conocer el coste económico de cada consulta, del tratamiento fisioterápico, de cada técnica diagnóstica y terapéutica, de cada proceso de rehabilitación, etc.

La financiación de los hospitales se suele hacer usando las Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), que se calculan multiplicando las altas por el peso de cada GRD. Es el equivalente al proceso de hospitalización medio de todos los hospitales de su nivel y zona. Es una unidad que sirve para establecer el coste por el proceso. Las UCH tienen el inconveniente que miden sólo la actividad sanitaria desarrollada con los enfermos ingresados, precisando para el resto de pacientes un coeficiente de conversión.

5. EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA

Para valorar la eficiencia de los servicios y centros de rehabilitación se pueden realizar diferentes tipos de análisis:

- Análisis de minimización de costes: comparando los costes de dos procedimientos con resultados iguales, para poder elegir el más económico.
- Análisis coste-efectividad: Se contrastan dos o más alternativas en relación a su efectividad

para optar por la que tenga mejor relación coste.

- Análisis coste-eficacia: se comparan dos o más alternativas, pero las alternativas se producen en condiciones ideales de actuación.
- Análisis coste-utilidad: se comparan dos o más alternativas en relación a sus costes y los resultados que producen expresados en términos de utilidad o calidad de vida, según la percepción del paciente. La unidad de medida de la calidad suele ser los QALY (Quality Adjusted Life Years) o AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad), que se refieren a los años de vida que disfrutaría el paciente gracias a la intervención sanitaria con calidad de vida en ese período extra.
- Análisis coste-beneficio: se miden los costes y los resultados (cuantificados ambos en unidades monetarias), lo que nos permite realizar comparaciones para poder valorar la viabilidad económica de intervenciones sanitarias.

6. GESTIÓN POR PROCESOS⁽³⁾

Los sistemas de gestión de calidad enfocados a la excelencia, tales como EFQM o las normas ISO incluyen la gestión por procesos (GP). Se entiende que toda organización sanitaria está compuesta de una serie de procesos que agrupan las actividades realizadas, pudiéndose definir y evaluar el trabajo por el estudio de los procesos. La GP sostiene que los resultados pueden ser más eficientes si los recursos y acciones se gestionan como un proceso y se orientan a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. La GP se centra en el paciente, los profesionales que prestan sus servicios de rehabilitación, los proveedores (entendidos muchas veces como las organizaciones o servicios que remiten pacientes a rehabilitación) y la asistencia misma de rehabilitación. Un proceso es una organización del personal, equipos, material y procedimientos en actividades diseñadas para generar resultados deseados. Debe tener una misión definible, tener un flujo (secuencia de actividades), unos métodos para realizar dichas actividades (protocolos, procedimientos, vías...) unos límites delimitados con entradas y salidas concretas, unas etapas definidas y debe poder medirse. Deben ser reproducibles y predecibles en cuanto a resultados finales. Los procesos pueden ser médicos, quirúrgicos, de apoyo (mantenimiento) y de gestión.

Los procesos se pueden representar en diagramas de flujos (que incluyan la secuencia de actividades y los equipos que realizan dichas actividades) y en mapas de procesos, que son representaciones mediante un esquema de bloques y cajas de los procesos de los servicios o unidades

participantes y en el que se añaden los indicadores o metas a medir en cada punto crítico del proceso.

Los procesos deben estar bien definidos y estandarizados, mediante los sistemas de clasificación de pacientes y con una orientación hacia la calidad total. La GP en rehabilitación aún no está bien desarrollada, salvo contadas excepciones, constatándose defectos de definición de límites y sin clara orientación hacia los resultados asistenciales. Su mayor desarrollo está en procesos que requieren hospitalización (asistencia a lesionado medular, ictus, artroplastias,...), en algunas comunidades autónomas (sobre todo en Andalucía con los Procesos Asistenciales Integrados) y en procesos que se abordan en la sanidad concertada con diferentes servicios de salud y comunidades en España (Madrid, Cataluña, Canarias...), en los que se especifican las modalidades terapéuticas de los protocolos de intervención. Estos últimos se asocian a un pago definido por cada proceso (mediante imputación de costes directos de personal, materiales y mantenimiento, e indirectos) pero adolecen de una definición en ocasiones imprecisa, agrupando pacientes con curso clínico en ocasiones no homogéneo.

7. PROTOCOLOS, VÍAS CLÍNICAS Y GUÍAS CLÍNICAS

Las variaciones en la práctica clínica son frecuentes en rehabilitación, existiendo gran variabilidad entre médicos en la asistencia ante un mismo proceso. La protocolización de la asistencia es una de las estrategias usadas para disminuir esta variabilidad, obtenida mediante consensos profesionales y revisiones de la evidencia científica. Los diferentes tipos de protocolización son:

- **Guías de práctica clínica (GPG)**, que incluyen el resultado de la revisión sistemática de la evidencia científica y la incorporación del juicio clínico en su aplicación a un paciente concreto. Existen multitud de guías de práctica clínica en rehabilitación, tanto españolas como de otros países. El instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Collaboration) se usa para evaluar la calidad de las GPC. Este instrumento consta de 23 ítems agrupados en 6 dominios, que evalúan alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia editorial.
- **Vías clínicas**, que son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico

predecible. En ellas se definen la secuencia, duración y nivel de responsabilidad de cada profesional sanitario implicado para un diagnóstico o procedimiento terapéutico, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia. En las vías clínicas se detallan las actividades a desarrollar en la atención al enfermo. Las vías clínicas son muy específicas del ámbito en el que se realizan, siendo poco extrapolables a otros ámbitos o localizaciones, con estructuras diferentes. En rehabilitación se han desarrollado en procesos muy prevalentes, de alto coste o que requieren participación de varias especialidades, como por ejemplo ictus, artroplastias, etc.

- **Protocolos**, que son conjuntos de recomendaciones (diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento) para asegurar la calidad del proceso asistencial y sus resultados. Suelen desarrollarse por consenso.

8. MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La medicina basada en pruebas o en la evidencia (MBE) requiere la integración de la maestría clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible (relativa a la exactitud de pruebas diagnósticas, eficacia y seguridad de los tratamientos) derivada de la investigación sistemática. La MBE permite mejorar la eficiencia de la práctica clínica. La MBE utiliza esencialmente varias herramientas: el aprendizaje de su metodología (especialmente en relación a la búsqueda de literatura médica relevante, lectura crítica de la misma y establecimiento de niveles de evidencia), la experiencia clínica y el conocimiento sistemático del contexto de la práctica y las preferencias del paciente y de su familia.

8.1. ETAPAS DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

El proceso de la MBE tiene unas etapas sistemáticas:

- Formulación de preguntas clínicas, siguiendo sobre todo la estrategia PICO (acrónimo de problema, intervención, comparación y resultados "outcomes").
- Búsqueda de la literatura relevante, especialmente de revisiones sistemáticas (que son investigaciones en las que la unidad de análisis son los estudios originales primarios, a partir de los cuales se pretende contestar a una pregunta de investigación claramente formulada mediante un proceso sistemático), metanálisis (que son revisiones sistemáticas en las que se aplican técnicas específicas para el análisis cuantitativo

de los resultados de un conjunto de estudios sobre un tema común), y de guías de práctica clínica.

- Evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados según el nivel de evidencia.
- Aplicación de resultados a la práctica clínica teniendo en cuenta el contexto del paciente, sus familiares y sus preferencias.

8.2. HERRAMIENTAS DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

Existen herramientas informáticas que facilitan la práctica de la MBE en rehabilitación. Pueden ser revisiones de temas según la evidencia científica (UpToDate), metabuscadores de MBE (como Trip Database, Excelencia clínica, ...), revisiones sistemáticas (como Cochrane Library, PEDro –Physiotherapy Evidence Database–...), repositorios de guías clínicas (como los de la National Guideline Clearinghouse o National Library of Guidelines del NHS, entre otras), o las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (como la Plataforma de las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, European Network for Health Technology Assessment, etc.).

Los temas valorados críticamente o CATs (Critically Appraised Topics) son respuestas a preguntas clínicas surgidas de la práctica diaria de los profesionales sanitarios y que son respondidas siguiendo una metodología específica. También existen bancos de datos específicos para CATs en rehabilitación.

8.3. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

La validez de la evidencia científica depende de la calidad y cantidad de los estudios en un área.

Los grados de evidencia clínica es un sistema jerarquizado, basado en estudios de investigación, que ayuda a los sanitarios a valorar la fortaleza de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de un método diagnóstico o terapéutico. Los niveles de evidencia son un continuo, teniendo en un extremo los estudios de máxima calidad y en el otro lado los estudios de calidad más débil. Los metanálisis de estudios experimentales de alta calidad y las revisiones sistemáticas proporcionan la mejor evidencia científica. Los estudios que proporcionan una evidencia más sólida son los ensayos clínicos aleatorizados.

Los niveles de evidencia y grados de recomendación permiten categorizar los estudios según su menor o mayor riesgo de tener sesgos, teniendo en cuenta la calidad y cantidad de los estudios, los riesgos asociados a la aplicación de una determinada medida diagnóstica o terapéutica (balance riesgo/beneficio), la consistencia de los resultados y los costes (para los niveles de recomendación).

No existen niveles de evidencia ni grado de recomendación de métodos de diagnóstico y terapia unificados, existiendo muchos sistemas de clasificación de la evidencia, siendo los más importantes los de la Canadian Task Force on Preventive Health Care, la del Grade Working Group (GRADE, The Grading of recommendations Assessment, Development and Evaluation), el Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford, los de la US Preventive Services Task Force, los del National Institute for Clinical Excellence y los de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Los diferentes sistemas no tienen nomenclatura común por lo que no son comparables. Actualmente, la que parece ir adquiriendo cada vez más protagonismo es la GRADE. Su principal diferencia con respecto a los otros sistemas es que no valora la calidad de un estudio individual, sino que le da un valor a la evidencia para una medida de resultado en particular, a partir de varios estudios primarios (tablas I y II).

Tabla I. Criterios GRADE. Valoración del grado de Calidad de la Evidencia

Grado inicial de evidencia según el diseño de estudio	Calidad de la evidencia inicial	Disminuir si	Aumentar si	Grado final de calidad de la evidencia
Ensayos clínicos aleatorizados	Alta	Limitaciones en el diseño o la ejecución Importante (-1) Muy importante (-2)	Fuerza de asociación Fuerte (+1) Muy fuerte (+2)	1: Alta
		Inconsistencia Importante (-1) Muy importante (-2)	Gradiente dosis-respuesta Presente (+1)	2: Moderada
		Incertidumbre en que la evidencia sea directa Importante (-1) Muy importante (-2)	Consideración de los posibles factores de confusión que habrían en el efecto (+1) Sugerirían un efecto espurio si no hay efecto (+1)	3: Baja
Estudios observacionales	Baja	Impresión Importante (-1) Muy importante (-2) Sesgo de publicación Importante (-1) Muy importante (-2)		4: Muy baja

Tabla II. Criterios GRADE. Estimación del grado de la recomendación

Grado	Prerrequisitos	Implicaciones
Fuerte (nivel 1)	Calidad de la evidencia alta Balance favorable beneficio/daño	La mayoría de los especialistas bien informados elegirían esta opción La recomendación debe ser seguida
Débil (nivel 2)	Calidad de evidencia moderada o alta La relación beneficio/daño aconseja una recomendación débil	Muchos especialistas bien informados elegirían esta opción pero una sustancial minoría no
Basado en el consenso	Calidad de la evidencia baja, muy baja o ausente, pero con criterios consistentes de que el beneficio supera al daño	Se recomienda seguir la recomendación pero prevalece el criterio individual

9. CALIDAD EN REHABILITACIÓN⁽⁴⁻⁸⁾

Se define calidad asistencial como aquella que haga que el paciente reciba el correcto diagnóstico y servicios terapéuticos, que van a conducirlo al estado de óptima salud alcanzable para este paciente, según los conocimientos del momento de la ciencia médica y los factores biológicos del paciente: edad, enfermedad, diagnósticos secundarios, con coste mínimo de recursos, con la mínima exposición al riesgo y con la máxima satisfacción del paciente (OMS). Hablamos de **evaluación de calidad** cuando cuantificamos el nivel de calidad que da un servicio y se proponen medidas de mejora. **Garantía de calidad** es cuando se garantiza la calidad de un servicio; y si además tenemos en cuenta el coste hablaremos de **gestión de calidad**.

Los planes de calidad se componen de tres herramientas fundamentales:

- a) Sistemas de evaluación de la calidad esperada y percibida, que evalúan la satisfacción del usuario, que depende del impacto que han tenido las medidas de mejora implantadas.
- b) Modelo de calidad, que de forma periódica (habitualmente cada dos años) realiza un diagnóstico de la situación para identificar los puntos fuertes y áreas de mejora.
- c) Modelos de acreditación, que suponen la implantación de un sistema de estándares. El cumplimiento de estos estándares supone, tras la evaluación por equipos externos al hospital o centro de rehabilitación, la consecución de un determinado nivel de acreditación y la obtención del reconocimiento correspondiente.

La asistencia sanitaria para ser de alta calidad debe ser segura, eficaz, eficiente, accesible, adecuada a la demanda y tener continuidad.

9.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Las dimensiones de la calidad asistencial son entre otras las siguientes:

1. Accesibilidad que es la facilidad con la que se obtienen los cuidados sanitarios.
2. Aceptabilidad que incluye la satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria y los resultados de la misma.
3. Adecuación, que se refiere a la adecuada relación entre las necesidades de la población y la disponibilidad del servicio.
4. Calidad científico-técnica, que hace referencia al grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías sanitarias disponibles.
5. Competencia profesional que es la capacidad del sanitario para utilizar completamente sus conocimientos en su trabajo.
6. Disponibilidad, en la medida en que los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se necesiten.
7. Efectividad, es decir, la capacidad de un tratamiento para mejorar la salud (en condiciones reales).
8. Eficiencia, entendida como la consecución del mejor nivel de salud posible con el mínimo coste.
9. Satisfacción de los profesionales, ya que esta influye en la calidad del trabajo.
10. Seguridad, que es la obtención de una relación adecuada de beneficios/riesgos del tratamiento o procedimiento.

9.2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Los sistemas de gestión de calidad (EFQM, ISO 9000...) se sustentan en una serie de principios que son los siguientes:

- a) Enfoque al usuario, debiendo identificar las necesidades del paciente y sus familiares, esforzándose en cumplir sus expectativas.
- b) Liderazgo, es decir, los gestores deberán ser líderes y establecer el propósito y orientación de la organización, consiguiendo un adecuado ambiente interno que favorezca que el personal se involucre en el logro de los objetivos.
- c) Participación del personal, para que las habilidades de cada uno y las sinergias de grupo puedan ser usadas en beneficio del usuario y la organización.
- d) Enfoque basado en procesos, ya que los resultados se alcanzan mejor y de forma más eficiente cuando los recursos y acciones se gestionan como procesos.

- e) Enfoque de sistema para la gestión, puesto que la gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a que la organización consiga sus objetivos.
- f) Mejora continua.
- g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, basándose en el análisis de datos y en adecuados sistemas de información.
- h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores, que aumenta la capacidad de todos para crear valor.

9.3. ASISTENCIA DE REHABILITACIÓN DE CALIDAD

Una asistencia de rehabilitación de calidad debe reunir todos estos atributos, siendo los más importantes la calidad científico-técnica (referida tanto a proporcionar al paciente el mejor tratamiento para su discapacidad como a no usar tratamientos sin evidencia científica), la accesibilidad (que los discapacitados accedan al tratamiento rehabilitador y a otras medidas como ortesis, ayudas sociales, etc.) y la competencia profesional.

El usuario de servicios de rehabilitación busca una asistencia de calidad que implique una percepción satisfactoria global de la asistencia en base a los siguientes elementos: información correcta, participación en la toma de decisiones de tratamiento, ajuste de expectativas del tratamiento, accesibilidad (especialmente relacionada con la distancia del centro de rehabilitación a su domicilio, con los horarios de apertura de los mismos y con la lista de espera). La calidad percibida por el paciente es un indicador de la dimensión de resultados, y puede ser evaluada de forma directa mediante encuestas o de forma indirecta mediante el análisis de reclamaciones.

La calidad de la rehabilitación para la Administración implica una adecuada gestión de costes y una eficiencia de la actuación sanitaria, además de la satisfacción del paciente y sus familiares. Deben ser tenidas en cuenta las expectativas de los profesionales en cuanto a su percepción de la calidad, especialmente en el adecuado desarrollo de la calidad científico-técnica, la autonomía de gestión, la optimización de resultados, etc.

La medición de la calidad de la asistencia de un servicio o unidad de rehabilitación debe incluir dimensiones tales como accesibilidad, accesibilidad y rendimiento, orientación al usuario y satisfacción del mismo, seguridad del paciente, continuidad asistencial, adecuada prescripción farmacológica, gestión económica, disminución de la variabilidad de la práctica clínica, etc. La medición de la calidad es necesaria para realizar una mejora continua de la

asistencia, identificando las deficiencias, analizando sus causas y realizando mejoras para corregirlas. También la medición de calidad permite el *benchmarking*, la comparación de forma objetiva de la producción sanitaria de organizaciones similares.

9.4. GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL

La gestión de calidad total se refiere a un proceso continuo y dinámico que busca la excelencia de los servicios prestados, con un compromiso a largo plazo de mejora continua.

El ciclo de Deming, PDCA (planificar-hacer-verificar-actuar) o espiral de mejora continua de la calidad es una estrategia para la mejora continua de la calidad que se compone esencialmente de cuatro etapas cíclicas, de forma que las actividades son reevaluadas periódicamente para poder hacer nuevas mejoras. De forma más extensa el ciclo de mejora continua sigue las siguientes fases: Identificación de los problemas y posibilidades de mejora, selección de prioridades, análisis de las posibles causas (mediante herramientas metodológicas como los diagramas de flujo, diagrama de Pareto o el diagrama de Ishikawa), definición de criterios (un criterio es la condición que debe cumplirse para que la práctica sea considerada de calidad), diseño de estudios de evaluación, análisis de acciones de mejora, implantación de esas acciones y estrategias de cambio, y reevaluación.

En el sector sanitario, los modelos de gestión de calidad de referencia son el de la EFQM (European Foundation for Quality Model), la Norma ISO (International Organization for Standardization), el de la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Las certificaciones y acreditaciones de calidad siguiendo estos modelos son voluntarias, y permiten dotar de prestigio a las instituciones que las obtienen.

- **EFQM:** Se trata de un modelo de autoevaluación en la Gestión de Calidad Total, que se basa en un proceso permanente de autoevaluación y mejora sistemática de las actividades y los resultados, permitiendo identificar sus áreas de mejora y fortaleza. Consta de 9 elementos divididos en agentes facilitadores (liderazgo, política y estrategia, gestión de personal, recursos y procesos) y agentes de resultado (satisfacción del usuario, impacto en la sociedad y resultados empresariales). Cada uno de estos apartados tiene una puntuación y un peso específico, y según la puntuación obtenida se identificarán los puntos fuertes y los susceptibles de mejora.
- **ISO 9001:** Es una normativa desarrollada por la ISO (International Standard Organization) para

el aseguramiento de los sistemas de calidad de las organizaciones. La certificación ISO da fe de que un servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica completa. Esta certificación es emitida por un organismo reconocido como certificador.

- **JCAHO:** Es un modelo creado en 1951 a raíz de un acuerdo entre diferentes organizaciones sanitarias norteamericanas. La acreditación JCAHO está gestionada por la Fundación Avedis Donabedian. Es un sistema enfocado específicamente al ámbito hospitalario. Determina normas y estándares para la autorregulación voluntaria.

9.5. INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son herramientas (números) para medir la práctica clínica habitual y evaluar la eficacia de las medidas establecidas para la mejora de calidad, identificando situaciones de mejora potencial y permitiendo identificar y difundir aquellas prácticas mejores. Los indicadores de calidad deben ser objetivos, medibles, aceptables, relevantes, válidos, sensibles, específicos y si fuese posible, basados en la evidencia. Un estándar de calidad se refiere al nivel deseable que debe ser alcanzado para lograr el grado de calidad establecido. Los indicadores de calidad no deben ser estáticos y deben ser revisados periódicamente para que puedan ser útiles.

Los indicadores de calidad en rehabilitación hacen referencia a indicadores clínicos, actividad y rendimiento (por ejemplo la estancia media, índice de sucesivas/primeras...), accesibilidad (tiempos de lista de espera y demoras, porcentaje de pacientes tratados,...), prescripción farmacológica y de productos ortoprotésicos, etc.

La evaluación de la calidad implica evaluar la estructura, el proceso y los resultados. Los indicadores de calidad de estructura miden la calidad de las características del marco en el que se prestan los servicios de rehabilitación y el estado de recursos para prestarlos. Los indicadores de proceso miden de forma directa o indirecta la calidad de las actividades realizadas durante la asistencia del paciente. La herramienta que se utiliza para la evaluación y análisis del proceso es la auditoría de historias. Los indicadores de resultados miden si se ha conseguido lo que se pretendía con la asistencia del enfermo (el tratamiento de su discapacidad). En la medición de calidad también se miden indicadores de eficiencia (consecución del mejor nivel de salud posible/menor discapacidad con el menor coste).

9.5.1. INDICADORES DE CONSULTAS EXTERNAS

Se define como una **primera consulta o visita** aquella consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio, en una especialidad o subespecialidad y por una enfermedad determinada. Por lo tanto, si el paciente acude de nuevo por otra enfermedad podrá tener una nueva primera consulta. También serán primeras visitas si el paciente acude a diferentes subespecialidades o unidades (suelo pélvico, aparato locomotor, foniatría, etc.). Se consideran como primeras consultas los pacientes provenientes de atención primaria o de otros servicios o unidades de atención especializada y también las que se piden para una subespecialidad definida, aunque procedan de rehabilitación. También se consideran primeras visitas las que proceden del servicio de Urgencias y las segundas opiniones si estas proceden del Servicio de Atención al paciente o de otras entidades aseguradoras o mutuas. No se consideran primeras visitas las valoraciones de pacientes tras un ingreso en rehabilitación o en alguna de sus subespecialidades (lesión medular, daño cerebral...) ni las interconsultas hospitalarias de los pacientes ingresados.

Son **consultas sucesivas** aquellas en las que el paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma enfermedad, en la misma especialidad o subespecialidad.

El **índice sucesivas/primeras** es la relación entre el número de consultas sucesivas respecto a las primeras. Es uno de los índices más usados para valorar la eficiencia de las consultas. No obstante en rehabilitación tiene muchos problemas de uso: determinados pacientes crónicos requieren muchas revisiones (parálisis cerebral, rehabilitación infantil, etc.), uso de técnicas intervencionistas (a mayor disponibilidad de tratamientos disponibles para una patología que antes tenía pocos se producen más revisiones, en las que se valora la efectividad de los ya realizados y la posibilidad de realizar nuevos), etc.

La **demora** mide el tiempo en que el paciente tiene que esperar hasta poder acceder a una consulta médica o un tratamiento médico, logopédico, de terapia ocupacional o fisioterápico. Demora mínima es el número mínimo de días que espera un paciente, desde que se le remite a rehabilitación hasta que consigue cita. Para su determinación deben excluirse los huecos en agenda generados por programaciones anómalas, extraordinarias, fuerce de agendas y descitaciones. Demora media es el número medio de días que deben esperar el conjunto de pacientes remitidos desde la fecha solicitada hasta la fecha de la cita. La demora máxima es la primera cita disponible más lejana de entre

todos los médicos de una especialidad o subespecialidad.

La **consulta de alta resolución** se define como el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna. De forma más especificada, la consulta de alta resolución puede incluir:

- Pruebas diagnósticas a realizar en la misma consulta, especialmente ecografía del aparato locomotor, valoración posturográfica, podoscópica, etc.
- Métodos terapéuticos como pueden ser el consejo médico, prescripción e indicaciones de ejercicio físico (con entrega de material didáctico), manipulaciones, infiltraciones, etc.
- Realización de informe de alta, en el que se especifiquen las diferentes recomendaciones, la pauta de los diferentes fármacos y las indicaciones para el paciente y para su médico de cabecera, debiendo reseñar en qué condiciones procede o no que el paciente sea remitido de nuevo a rehabilitación. En el informe también se podrán detallar si existen secuelas, si procede o no baja laboral, etc.

9.5.2. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

Las estancias hospitalarias suponen como mínimo que el paciente pase la noche y tome una comida principal en el hospital. El índice de ocupación de las camas es la proporción entre las estancias reales en un período de tiempo y las estancias teóricas en ese mismo período. La estancia media es el número de días de promedio que están ingresados los pacientes.

Otros indicadores de interés son los índices de eficiencia en la gestión de camas, que son la estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar (EMAF), la estancia media ajustada por la casuística del hospital (EMAC), el índice de complejidad o del case mix (que es la EMAF/ estancia media y que nos dice que si el índice de complejidad es > 1 el hospital está tratando a pacientes con mayor complejidad media que la estándar en hospitales del entorno) y el índice funcional o índice de desempeño (que es la razón entre la estancia media ajustada por case mix y la estancia media del estándar; un índice funcional de 1,2 indica que la unidad u hospital necesita un 20% más de días para tratar a los mismos pacientes que el estándar)

10. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

Se habla de lista de espera para referirnos a la lista de personas que deben guardar turno para poder acceder a la atención sanitaria. La lista de espera es característica de los sistemas de salud públicos. En rehabilitación son relevantes la lista de espera para consulta médica y las listas de espera para acceder a tratamiento fisioterápico, logopédico y con terapia ocupacional. Para poder gestionar adecuadamente la lista de espera se debe contar con adecuados sistemas de información que proporcionen datos sobre los tiempos de espera, para poder decidir qué medidas se deben tomar para abordar las mismas.

Las estrategias más habituales para afrontar las listas de espera en rehabilitación han sido el incremento de la oferta (mediante aporte de más medios humanos, personales y nuevas contrataciones), incrementos temporales de los recursos en forma de ampliación de jornadas y depuraciones administrativas. El sistema sanitario público español no incluye copagos en rehabilitación, aunque sí en prestación ortoprotésica y farmacológica. Al contrario que en especialidades quirúrgicas, en rehabilitación no se ha introducido la estrategia de tiempos de atención garantizada (garantizar al usuario su atención en un tiempo determinado). Las estrategias más recientes para el control de la lista de espera son las estrategias de puerta de entrada (imposición de criterios más o menos restrictivos para que puedan remitir pacientes a rehabilitación o para su recirculación entre especialidades, la realización de protocolos o planes de cuidados multidisciplinares que consensúan qué pacientes deben ser remitidos a rehabilitación y cuáles a otras especialidades y la figura del médico consultor) y la estrategia de priorización de las listas de espera (médicas y para tratamiento) en función de criterios clínicos (en grados –urgente, preferente, normal- y por patologías) y sociales

(trabajadores en activo, grandes discapacitados, tener personas a cargo, vivir solo...).

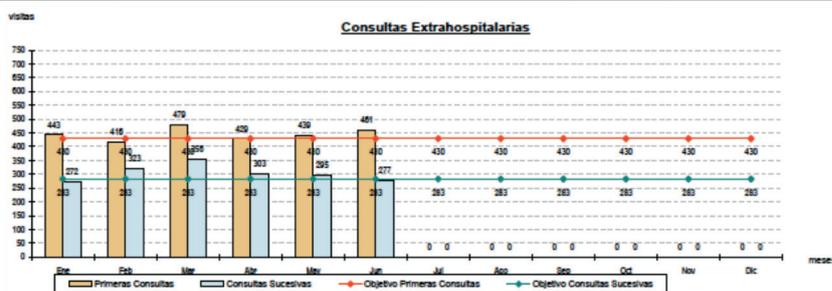
11. CUADRO DE MANDOS

El cuadro de mandos proporciona información periódica que permite la toma de decisiones adecuadas al dar a conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos que se habían definido previamente. El cuadro de mandos puede ser de la Dirección (con información más global, a largo plazo y que incluye datos económicos) o para cargos intermedios (los jefes de servicio, unidades o departamentos así como las supervisiones de área de enfermería, concretos y operativos, y que hacen referencia al corto plazo). El cuadro de mando integral o estratégico es el cuadro de mandos que recopila indicadores de seguimiento y control económicos, de la satisfacción del usuario, de los recursos humanos y de la calidad de los procesos internos, poniendo de manifiesto las relaciones causa-efecto que existen entre los distintos indicadores.

El cuadro de mandos en rehabilitación incluirá indicadores de consultas externas (primeras visitas, sucesivas, consultas monográficas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos específicos de la especialidad), de hospitalización, de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia.

Los indicadores más usados en estas áreas suelen ser los pacientes en lista de espera, el número de sesiones por paciente (individuales/grupales), aparte del ratio por terapeuta ocupacional/logopeda/fisioterapeuta, número de tratamientos (cinesiterapia, electroterapia/hidroterapia), además de recoger datos de las unidades específicas de tratamiento (suelo pélvico, cardiorrespiratorio...). La ausencia de un registro unificado de la atención fisioterapéutica/logopédica/terapia ocupacional impide reunir en un cuadro de mandos los datos adecuados de gestión.

Figura 1: Ejemplo de cuadro de mandos de rehabilitación



ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Actividad Período	Estimación de Cierre
Camas	5,42	5,72	6,00	5,83	5,90	5,67	5,76	5,76
Ingresos Programados								
Ingresos Urgentes								
Trasladados			1				1	2
Total Ingresos			1				1	2
Estancias			13	30	10		53	100
Estancia Media			13,00				53,00	53,00
Índice de Ocupación			6,99%	17,14%	5,46%		5,06%	5,03%

ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Actividad Período	Estimación de Cierre
Primeras Consultas	379	566	641	457	526	504	3.073	6.146
Consultas Sucesivas	454	443	443	418	525	505	2.788	5.576
Consultas Totales	833	1.009	1.084	875	1.051	1.009	5.861	11.722
Relación Sucesivas / Primeras	1,20	0,78	0,69	0,91	1,00	1,00	0,91	0,91
Pacientes en Lista de Espera	288	507	484	448	402	395	385	
Demora Media en Lista de Espera	16	21	19	15	15	17	17	
Demora Máxima en Lista de Espera	79	54	65	53	41	94	94	

ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS EXTRAHOSPITALARIA	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Actividad Período	Estimación de Cierre
Total. Primeras Consultas	443	416	479	429	439	461	2.667	5.334
Total. Consultas Sucesivas	272	323	356	303	295	277	1.826	3.652
Total. Consultas Totales	715	739	835	732	734	738	4.493	8.986
Total. Relación Sucesivas / Primeras	0,81	0,78	0,74	0,71	0,67	0,60	0,68	0,68
Total. Pacientes en Lista de Espera	1.944	1.959	1.914	1.821	1.830	1.830	1.830	
Total. Demora Media en Lista de Espera	53	54	55	53	53	53	53	
Total. Demora Máxima en Lista de Espera	259	230	199	196	165	137	137	

SESIONES FISIOTERAPIA	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Actividad Período	Estimación de Cierre
Pacientes Ambulatorios	278	341	432	405	382		1.848	3.696
Pacientes Hospitalizados	151	194	160	93	147		745	1.490
Total Pacientes	429	535	592	498	539		2.593	5.186
Sesiones Ambulatorias	2.310	2.848	3.579	3.521	3.204		15.460	30.020
Sesiones Hospitalizadas	1.006	1.212	1.785	618	1.268		5.887	11.774
Total Sesiones	3.316	4.060	5.364	4.139	4.472		21.347	42.694
Pacientes Nuevos Ambulatorios	124	154	184	157	149		768	1.536
Pacientes Nuevos Hospitalizados	136	143	103	55	85		522	1.044
Total Nuevos Pacientes	260	297	287	212	234		1.290	2.580
Altas Ambulatorias	100	94	106	140	155		685	1.370
Altas Hospitalización	108	223	149	61	139		680	1.360
Total Altas	208	317	345	201	294		1.365	2.730
Sesiones Electroterapia								

12. GESTIÓN DE ERRORES MÉDICOS EN REHABILITACIÓN

Error médico es cualquier fallo ocurrido durante la atención de salud que haya causado algún daño al paciente, que puede incluir a otros profesionales implicados en la atención de los pacientes, en los que no existe mala fe, ni necesariamente se pone de manifiesto una impericia, imprudencia o negligencia que implique responsabilidad moral y legal. Los errores médicos se clasifican (Leape et al, 1993) en diagnósticos, terapéuticos, preventivos y otros. Los errores médicos están relacionados con la organización e implementación del servicio:

- Por exceso de servicio (usando tratamientos innecesarios o que tiene pocas probabilidades de beneficios, como por ejemplo quemaduras por iontoforesis en patologías en las que su eficacia no esté demostrada).
- Por insuficiencia de servicios, por no utilizar, demorar un servicio o tratamiento potencialmente inadecuado, lo que trae en consecuencia complicaciones y altos costos (por ejemplo, retrasar técnicas analgésicas intervencionistas en una capsulitis adhesiva severa de hombro).
- Por errores diagnósticos. Los errores de diagnóstico son mayores en personal menos cualificado, especialmente en residentes y en fisioterapeutas en formación. Predisponen a los errores diagnósticos en rehabilitación la tendencia a establecer

cuadros sindrómicos mas que patologías específicas.

Los errores más frecuentes son los de prescripción, con pautas inadecuadas o prescripción de fármacos contraindicados. También ocurren errores en la prescripción de terapias físicas sin tener en cuenta sus contraindicaciones. En el área de fisioterapia los errores están relacionados con la realización de movilizaciones o cargas en fracturas aún no consolidadas, suturas tendinosas, etc. En cuanto a grupos de edad, en los ancianos es más difícil llegar al diagnóstico correcto. También es frecuente el encadenamiento de errores, es decir, la persistencia en el error aunque las pruebas digan lo contrario por un mecanismo de autoridad, por ejemplo, cuando el médico especialista en rehabilitación valora a un paciente remitido por un especialista de otra especialidad y no se cuestiona el diagnóstico.

Se hace necesario que los servicios de rehabilitación establezcan medidas para evitar o disminuir los errores sanitarios en la medida de lo posible. Las normas y procedimientos de calidad deben ser explicitados y revisados periódicamente. Los errores médicos y de gestión (que impliquen una mala asistencia del paciente) deben ser conocidos crítica y científicamente en reuniones de profesionales de salud, con la libertad y profundidad necesarias, para corregir situaciones inadecuadas e impedir su repetición. Es necesario crear una cultura de sesiones clínicas con pacientes ante casos dudosos.

Todas estas estrategias deberían estar íntimamente ligada a la seguridad del paciente.

13. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN REHABILITACIÓN

Los servicios de rehabilitación deben implementar estrategias para mejorar la seguridad de los ciudadanos en tratamiento, ya que este es uno de los componentes principales de la calidad. Los principales problemas de seguridad en rehabilitación son:

- En los gimnasios son frecuentes las caídas de pacientes durante el tratamiento o las transferencias. Tampoco son infrecuentes los cuadros de hipotensión/hipertensión o los episodios de dolor irruptivo. Los problemas más graves derivan del tratamiento de pacientes frágiles (especialmente ancianos), con patologías graves (nuevos ictus en pacientes en tratamiento rehabilitador, crisis convulsivas en TCE, ictus, eventos isquémicos y/o arritmias en pacientes en rehabilitación cardíaca, obstrucción de vías respiratorias en pacientes en rehabilitación respiratoria...).
- La tendencia a que los transportes sanitarios realicen trayectos largos mientras recogen a más pacientes para optimizar sus plazas conduce en muchas ocasiones a problemas con pacientes frágiles (hipoglucemias en diabéticos, hipotensiones, etc). Son muy frecuentes los traumatismos y las caídas.
- Son especialmente situaciones de riesgo en las consultas médicas y durante la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos las valoraciones de vértigo sin controles (caídas, vómitos...), la realización de técnicas intervencionistas sin apoyo de personal de enfermería o auxiliar o por personal poco cualificado (especialmente para técnicas complicadas) y la realización de ergometría sin procedimientos de seguridad claros.

Se deben establecer estrategias preventivas y de tratamiento para evitar este tipo de complicaciones. Las normas y procedimientos deben ser explícitas y claras y deben estar disponibles en todo el servicio. Las normas deben aclarar quién o quiénes actúan en cada paso, las vías de evacuación, los medios de traslado a las áreas de urgencia, los procedimientos de atención y de ser necesario, de reanimación, etc. El personal debe estar instruido para realizar la asistencia de urgencia a los pacientes. En las áreas que se consideren susceptibles deben estar disponibles carros de parada y/o resucitadores (automáticos/semiautomáticos). Algunos

pacientes tienen problemas de comunicación o de conducta, derivadas de trastornos psiquiátricos, sensoriales y/o neurológicos. En estos pacientes se tendría que contar con unos procedimientos claros que incluyan cómo debe realizarse la acogida de los enfermos, qué comportamientos tomar en caso de conductas disruptivas, si deben estar acompañados o no durante el tratamiento, a quién hay que informar, etc.

En las consultas y en las salas de procedimientos intervencionistas deberían especificarse las normas de seguridad y se deberían realizar comprobaciones en forma de checklist que incluyan el chequeo de alergias, lado del procedimiento, si precisan o no observación posterior, etc.

14. PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

La planificación sanitaria es el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades más eficaces para satisfacer las necesidades de salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Existen varios niveles de planificación:

1. Política sanitaria o planificación normativa: Hace referencia a la orientación general del sistema sanitario, con establecimiento de objetivos que deben cumplirse a medio y largo plazo (5-10 años). La política sanitaria en rehabilitación no ha presentado cambios sustanciales en España en los últimos años debido al escaso desarrollo de la Ley de Dependencia y la escasa coordinación entre recursos sociales y sanitarios. También está influenciada por procesos de privatización y concertación.
2. Planificación estratégica: Se concreta en el Plan de Salud, que define las prioridades de acción y los objetivos estratégicos para alcanzar las metas formuladas en la política sanitaria. La planificación estratégica debe tener en cuenta la misión, la visión y valores de la institución sanitaria con respecto a la rehabilitación y a la discapacidad.
3. Planificación táctica o estructural: organizándose y definiendo el programa de salud (programación concreta de las actividades y recursos para alcanzar los objetivos).
4. Planificación operativa: Concreta en proyectos los programas de salud.

Las etapas del proceso de planificación son las siguientes:

1. Análisis de la situación.

2. Establecimiento de prioridades.
3. Formulación de objetivos generales y específicos.
4. Determinación de estrategias, actividades y recursos.
5. Puesta en marcha y ejecución.
6. Evaluación.

El análisis DAFO (acrónimo formado por las iniciales de debilidades (D), amenazas (A), fortalezas (F) y oportunidades (O)) se considera la herramienta estratégica por excelencia que se utiliza para conocer las características internas y externas en la organización.

Recientemente hemos sido testigos de una serie de experiencias que han querido cambiar las prioridades de gestión usando como argumento la crisis económica, sin que se hayan modificado ni la política sanitaria ni la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, con unas consecuencias totalmente inadecuadas y perjudiciales para los enfermos. Entre estas se pueden describir varias:

- Magnificación del efecto de determinadas terapias, como por ejemplo el ejercicio terapéutico, sin tener en cuenta la magnitud de la mejora con las mismas según la evidencia científica y sin tener en cuenta el grado de adherencia al tratamiento, con el único fin de disminuir las listas de espera.
- Generalización de modelos de tratamiento que sólo han demostrado su eficacia en ámbitos muy concretos y con un nivel de evidencia y recomendación determinados, como, por ejemplo, las escuelas de espalda o los tratamientos grupales.
- Restricciones de puerta de entrada, impidiendo que determinados enfermos puedan volver a ser remitidos a rehabilitación si no son enviados por determinadas especialidades, sin que esto tenga en cuenta prioridades ni necesidades de salud.
- Restricciones a la recirculación de enfermos, impidiendo que enfermos ya tratados por una patología puedan volver a ser remitidos a rehabilitación, sin tener en cuenta el curso clínico de determinadas enfermedades.
- Creación de procesos artificiales de concertación de rehabilitación (a centros privados), provocando agrupaciones de enfermedades que no son homogéneas ni siguen curso clínico parecido ni tienen similar consumo de rehabilitación.
- Incentivación de sistemas de eficacia dudosa para el control de la demanda, como la existencia de especialistas consultores en rehabilitación.

- Ausencia de incentivación de sistemas de trabajo colaborativo, en los que los diferentes profesionales del equipo de rehabilitación puedan trabajar al unísono para la mejora funcional del enfermo.

Estas medidas no han tomado en cuenta dimensiones estratégicas claves en la rehabilitación, como pueden ser la accesibilidad (por la existencia de puertas inadecuadas), la efectividad y eficiencia (no se buscan resultados en salud) ni la satisfacción de usuarios y trabajadores.

La evidencia de que los pacientes crónicos consumen la mayoría de recursos del sistema obliga a repensar las estrategias de abordaje de estos enfermos, garantizando una adecuada rehabilitación y un continuo asistencial entre los diferentes niveles. Es por ello que se hace necesario el establecimiento de medidas que garanticen el tratamiento de pacientes con discapacidad; y estas medidas no se pueden quedar sólo en un nivel de la planificación estratégica, sino que deben llegar a todos los niveles, desde la planificación normativa a la operativa.

Es evidente que en una atención tan coral como la de rehabilitación, en la que participan miembros muy dispares dentro del equipo de rehabilitación precisa de un estilo de liderazgo que motive a los profesionales y que asegure la máxima satisfacción de los usuarios dentro del marco actual de restricción presupuestaria. Dentro de esto es imprescindible mejorar las vías de comunicación y el trabajo en equipo entre los diferentes miembros de los servicios y unidades, que habitualmente trabajan sin coordinación. En este sentido toma especial relevancia la diferencia entre jefes tóxicos y gestores de felicidad, a favor de estos últimos ^(9,10).

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Luna Cabrera F, Olmo Carmona MV, Ruíz Ruíz MA, Ruíz Sánchez F, Pastrana Jiménez AM, Justicia Rull E, Caricol Pérez P. Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación y Aparato Locomotor: Una nueva propuesta de Gestión. *Rehabilitación (Madr)*. 2009;43(3):123-30
2. Amores García MI, Nieto Castilla C, Cordero García C, Muñoz Mora S. Modelo de unidad de gestión clínica interniveles: Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. *Rehabilitación (Madr)* 2011;45(Supl. 1):38-47.
3. Sánchez Gastaldo C, Rodríguez Burgos C, Echevarría Ruíz de Vargas C y miembros de la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla. Unidades de gestión clínica en rehabilitación: gestión por planes y procesos. *Rehabilitación (Madr)*. 2009;43(3):101-5.
4. Barrera Chacón JM, Zarco Perrián MJ. Gestión de calidad en rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)*. 2009;43(3):118-22.
5. Coronado Zarco R, Cruz Medina E, Macías Hernández SI, Arellano Hernández A, Nava Bingas TI. El contexto actual