

13.03 La reorganización funcional del hospital para la gestión clínica



El gobierno de los hospitales del siglo XXI o como conseguir ser más eficaces y eficientes, en un entorno económico complejo y lleno de incertidumbres, y en un entorno social que exige y pide a los hospitales y a quienes trabajan en él más y mejores servicios.

Autor: Manuel Santiñá Vila

Investigador de la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica de Barcelona

Past President y miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Editor del Journal Healthcare Quality Research

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Santiñá Vila M. La reorganización funcional del hospital para la gestión clínica [Internet]. Madrid:

Escuela Nacional de Sanidad; 2013 **Actualizado 2023**[consultado día mes año]. Tema 13.3. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

En este minitema desarrollaremos como los hospitales se están reorganizando para adaptarse al actual modelo de gobierno de los mismos, el modelo de gestión clínica y cómo este modelo ha ido evolucionando.

La gestión hospitalaria ha pasado por diferentes etapas, desde una organización puramente administrativa, donde por un lado estaba el Administrador que controlaba las cuentas y por otro lado el Director Médico que controlaba a los médicos, pasando por la incorporación de las figuras de los Gerentes y la de las Directoras

de Enfermería. La constante evolución, siempre en la búsqueda de la eficacia y de la eficiencia, del modelo de gestión progresa hasta nuestros días hasta el modelo de gestión clínica que pone el gobierno de los mismos en manos de los profesionales de la salud.

Indice

- *Un poco de Historia*
- *De la Gestión por Procesos a la Gestión Clínica*
- *Objetivos del modelo de Gestión Clínica*
- *El modelo de Gestión Clínica*
- *Condiciones para la Implantación y Desarrollo de la Gestión Clínica*
- *Diseño organizativo y funcional de las Unidades de Gestión Clínica*
- *Algunas reflexiones sobre el modelo*
- *El Futuro de la Gestión Clínica*
- *Conclusiones*
- *Referencias bibliográficas*

A los hospitales se les exige siempre que realicen la mayor actividad posible con la mejor calidad posible y con los recursos más ajustados posibles a esa actividad. Por ello su gobierno, su gestión ha ido adaptándose a las exigencias del entorno en el que realizan su trabajo, sin olvidar que la atención al paciente es su razón de ser. La gestión clínica puede ser el modelo que permita dar la adecuada respuesta a las exigencias y demandas de la sociedad actual, si es capaz de ir evolucionando e incorporando o integrando nuevas fórmulas de gestión.

Un poco de Historia

En los inicios del siglo XX se creó en España el Instituto Nacional de Previsión, implantándose en 1919 el seguro de maternidad y en 1932 el de accidentes de trabajo. El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), siguiendo el modelo Bismark empieza a funcionar en 1944, extendiéndose progresivamente hasta alcanzar el 85% de la población a mediados de los años setenta.

La Ley General de Sanidad, promulgada en 1986, establece un cambio trascendental en la filosofía política de la asistencia médico-sanitaria, al cambiar el modelo de Seguridad Social

La Constitución española de 1978, establece en su artículo 43 que el derecho a la protección de la salud no está vinculado al trabajo o al nivel de renta, sino que es un derecho de todos los ciudadanos españoles (cobertura universal).

A partir de la Ley General de Sanidad se crearon las figuras de los Gerentes de los centros.

predominante hasta el momento (tipo Bismark) a un modelo de Sistema Nacional de Salud (tipo Beveridge) basado en la universalización del derecho a la asistencia sanitaria que es nuestro modelo actual.

La Constitución española de 1978, establece en su artículo 43 que el derecho a la protección de la salud no está vinculado al trabajo o al nivel de renta, sino que es un derecho de todos los ciudadanos españoles (cobertura universal). Por ello, éstos tienen derecho a la prevención, tratamiento, rehabilitación, promoción de la salud (modelo integral) independientemente de cuál sea su situación económica.

La financiación de los servicios sanitarios es con fondos públicos obtenidos a través de los impuestos generales del Estado complementados por las cotizaciones a la Seguridad Social pagadas por la población. La provisión es pública y la cobertura universal, pero con restricciones en la libertad de elección del usuario. Este no puede ir a donde quiera si no a donde el sistema le indica. Es un sistema donde se prima la equidad, todos los ciudadanos tienen el mismo derecho de ser atendidos en el servicio de salud independientemente de donde vivan o de su estatus social o económico, pero donde la limitación del gasto comporta limitaciones en la accesibilidad. No todo el mundo se puede atender al mismo tiempo. Ello depende de la demanda y de los servicios disponibles en el sistema, con lo cual se crean listas de espera. Pues los servicios disponibles dependen del presupuesto que el Estado destina a los mismos.

Este modelo ha comportado que los hospitales públicos en España hayan sido gestionados por directivos elegidos y nombrados por el poder político, pues es éste el que tiene la responsabilidad en el gobierno de los mismos.

Este gobierno basado en una organización jerárquica piramidal, tiene desde sus inicios dos áreas bien definidas, el área asistencial y el área administrativa. Así, y generalizando, se nombraba un Director Médico que gobernase el área asistencial

y un Administrador que gobernase el área administrativa y se ocupase de la gestión contable del Centro.

Posteriormente a partir de la Ley General de Sanidad se crearon las figuras de los Gerentes de los centros. Alguien que tenía el poder de gobernar tanto el área médica como la administrativa, pues jerárquicamente era quien ocupaba el lugar más alto en el organigrama del centro y era quien debía rendir cuentas a la Administración del Estado que lo había nombrado, más tarde de la Autonomía correspondiente en cuanto se empezaron a traspasar las competencias en sanidad.

En este mismo periodo la Dirección de Enfermería asumía un mayor protagonismo al situarse en el organigrama de los hospitales al mismo nivel que la Dirección Médica.

El **control del gasto y el aumento de la eficiencia** de los hospitales era ya una preocupación y un objetivo político.

Era la época en que, para hacer frente al poder médico, ("yo decido lo que prescribo según el estado de la ciencia médica") los expertos en gestión pensaron que lo ideal era aumentar el poder de la enfermería para que actuase como amortiguador de ese poder. Con ello el Gerente que no acostumbraba a ser en sus orígenes un licenciado en ciencias de la salud, sino un economista o similar (abogado, ingeniero industrial, etc.) podía tener un aliado que también tenía conocimientos en ciencias de la salud (alguien que entendía en frente de alguien que también entendía del tema que se gestionaba).

Posteriormente se implantaron en los centros contratos-programa y direcciones por objetivos con la finalidad que los hospitales alinearan su productividad a lo que la Administración Sanitaria necesitaba de acuerdo con la Planificación y los Planes de Salud que iban desarrollando en cada comunidad Autónoma.

Y así llegamos a la tercera ola, la de la **gestión clínica**.

Tabla 1: Posibles etapas en la gestión hospitalaria

Etapas en la Gestión de Hospitales	Tipo de Organización	Quién gestiona
Primera Ola	Jerárquica Piramidal centralizada pero desdoblada	Doble Poder: Administrador – Director Médico
Segunda Ola	Jerárquica Piramidal centralizada	Gerente
Tercera Ola	Jerárquica Piramidal descentralizada	Director de Instituto de Gestión Clínica (DIGC)
Cuarta Ola (hipótesis)	Jerárquica Piramidal descentralizada	Doble Poder: DIGC - Ciudadanos
Quinta Ola (hipótesis)	Plana, por responsabilidades	Comité Mixto Hospital-Área Poblacional de Salud

De la Gestión por Procesos a la Gestión Clínica

La gestión por procesos, también llamada en sus inicios reingeniería de procesos, llegó al sector sanitario en la década de los noventa desde el sector industrial

En la historia moderna de los centros sanitarios españoles, a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, se observa que los intentos de modernización de las estructuras de gestión de los hospitales han tenido como objetivo mejorar la eficiencia de los mismos, pues ha sido constante el incremento en los presupuestos de funcionamiento y del gasto sanitario en general, excepto en periodos en que la economía se ha estancado o ha decrecido (crisis económica 2008, pandemia por Covid-19 2019).

Esta búsqueda de la **eficiencia** (hacer más con menos o con los mismos recursos) ha pasado por dos ideas: conseguir mejorar las formas en cómo la gente trabaja, evitando pasos innecesarios, duplicidades, errores, consiguiendo que cada profesional haga lo que toca en cada momento y lo haga bien (concepto de gestión por procesos) y conseguir que el profesional de la salud (médico principalmente, pero también enfermería) no genere más gasto del que puede soportar el presupuesto del centro.

La gestión por procesos, también llamada en sus inicios reingeniería de procesos, llegó al sector sanitario en la década de los noventa desde el sector industrial, es todavía una metodología

de gestión muy utilizada porque permite mejorar los procesos asistenciales eliminando todo aquello que no genera valor al producto final. Con ello se ha buscado abaratar los costes de los procesos, mejorar la calidad y dar una mayor satisfacción al cliente final, el ciudadano que acude al hospital o centro de atención primaria para que le solucionen un problema de salud.

Tabla 2: Objetivos de la Gestión por Procesos

1. Situar en el centro de la organización al paciente, por lo que todos los procesos asistenciales están orientados a cubrir sus necesidades.
2. Descentralizar y aplanar la estructura organizativa de los hospitales para acercarla a las necesidades del paciente.
3. Mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los procesos productivos mediante la estandarización de procesos y la protocolización de procedimientos basados en las mejores prácticas que la evidencia científica reconoce.
4. Implicar y responsabilizar a los profesionales sanitarios en la gestión de los servicios.

Dada la multitud de procesos que se dan en los centros sanitarios y dada su complejidad que aumenta cuanto más especializado y cuanta más tecnología tenga un centro, su implantación ha sido irregular.

La gestión por procesos crea una figura básica para que un proceso funcione adecuadamente y se consiga los objetivos que persigue, la figura del propietario de procesos, que puede ser un profesional médico o de enfermería y que no tiene porqué ser ni el máximo responsable de la unidad donde se realiza el proceso ni tiene porque ser un responsable jerárquico.

Es decir la gestión por procesos trata de romper o de cambiar la rígida estructura jerárquica para conseguir a través de la involucración de los profesionales una mayor eficiencia en los procesos productivos del hospital. Al tiempo que da empoderamiento a los profesionales para que estos sean los que se responsabilicen de que el proceso se realiza adecuadamente, sin necesidad que sea una estructura de control ajena a la unidad productiva el que les vaya diciendo si esto está bien o está mal,

La gestión por procesos trata de romper o de cambiar la rígida estructura jerárquica para conseguir a través de la involucración de los profesionales una mayor eficiencia en los procesos productivos del hospital.

La gestión clínica es una evolución lógica de la gestión por procesos

como mucho se les da información para que ajusten su trabajo a las objetivos previstos en el proceso.

La **gestión clínica** es una evolución lógica de la gestión por procesos que sigue ahondando en la descentralización de la estructura organizativa y da todo el poder al clínico para que gestione los procesos asistenciales que se dan en su unidad o servicio.

El objetivo es el mismo que se tenía en los orígenes de la historia moderna de los centros sanitarios, controlar el gasto. Gastar lo que se debe gastar para dar el servicio adecuado, en el momento adecuado, con los recursos adecuados y de acuerdo con lo que el conocimiento médico reconoce como de buena práctica.

La evolución del pensamiento en las ciencias de la organización de empresas sanitarias ha llegado a este punto de razonamiento, en el cual se utiliza la lógica de que dado que es el/la médico quien decide qué gasto realizar (prescripción de la prueba complementaria, tratamiento a seguir, intervención quirúrgica, etc.) pues es quien posee los conocimientos técnicos, el conocimiento de cuál es la mejor buena práctica, por qué no darle la responsabilidad de gestionar ese gasto que él decide.

Una vez llegado a esta mayoría de edad, en la evolución de la gestión de los centros sanitarios, la figura del gestor externo, experto en Management o en Economía o en Ingeniería ya no debe ser tanto la figura del jefe supremo al que hay que obedecer y que es el que controla lo se hace, en lo que se invierte y en lo que se gasta, sino más bien la figura del experto, de otro tipo de experto que puede ayudar al profesional sanitario a gestionar su unidad de negocio, facilitándole información, herramientas y conocimientos que él no tiene.

Objetivos del modelo de Gestión Clínica

El modelo tiene como objetivo gestionar de manera eficaz,

La Gestión Clínica es por tanto el gobierno de los servicios asistenciales por los profesionales de la medicina al responsabilizarse estos de su gestión

eficiente y con equidad, los escasos recursos destinados a los servicios sanitarios de forma que se consiga dar un servicio satisfactorio y seguro a la ciudadanía, cumpliendo con los estándares conocidos y reconocidos de buena práctica clínica.

El modelo de Gestión Clínica

El modelo pone en manos del profesional de la medicina, la gestión de las unidades productivas, sea un centro de salud, sea un servicio clínico o quirúrgico hospitalario, sea un servicio central de diagnóstico o una unidad de diagnóstico o tratamiento especializado. Facilitándole información, conocimiento y herramientas técnicas de gestión que junto a las que ya tiene como especialista experto en una determinada rama de la medicina, debe facilitar que se cumplan los objetivos del modelo, pues quién mejor que un experto médico para decidir cómo, cuándo y de qué manera se debe dar un determinado servicio asistencial. Por ello se le da recursos, información, soporte técnico, autoridad y responsabilidad.

La Gestión Clínica es por tanto el gobierno de los servicios asistenciales por los profesionales de la Salud (Medicina, Enfermería), al responsabilizarse estos de su gestión, para ello se reestructura la organización de los procesos productivos y administrativos del hospital para facilitar esta gobernabilidad que busca minimizar el eterno conflicto de intereses que se plantea entre médicos y otros profesionales de la Salud y gestores con el objetivo de dar servicios eficaces, eficientes y de calidad a los pacientes.

Condiciones para la Implantación y Desarrollo de la Gestión Clínica

La Gestión Clínica es una evolución de los modelos de gestión de los hospitales y por ello su implantación debe efectuarse cuando la organización donde se quiere implementar está lo suficiente-

El objetivo de la Gestión Clínica es lograr un mayor compromiso del profesional sanitario en la toma de decisiones no sólo clínicas, sino también de distribución de recursos, es decir que el médico comparta riesgo, tanto en la micro como en la mesogestión.

mente madura para que ello tenga unas mínimas posibilidades de éxito.

Si se implementa cuando la organización no está preparada, sólo porque es la moda, toca hablar de ello y decir que en nuestros hospitales gestionamos por gestión clínica, es bastante seguro que no se alcanzaran los logros que este modelo permite y que su efectividad estará por debajo de lo que hubiera sido posible en otras circunstancias.

Por ello es recomendable que el hospital sea maduro en:

1. Participación e Implicación de los profesionales de la salud en la gestión del hospital y ello quiere decir en la toma de decisiones no sólo clínicas o de enfermería.
2. Responsabilización de los jefes clínicos en la gestión de las unidades asistenciales.

Ello es posible si el modelo de gestión existente antes de la implantación del nuevo modelo lo ha permitido, por ejemplo la Dirección por Objetivos o el Modelo Europeo de Calidad (EFQM).

Hay que recorrer un camino hasta llegar a la implantación de la Gestión Clínica, y este camino comporta que en el hospital se haya implantado y desarrollado:

- Un Modelo de Carrera Profesional con criterios de evaluación claros y explícitos que permitan el crecimiento y el reconocimiento de los profesionales con valía y de todo aquel que se esfuerza en la organización.
- Un Programa de Formación en gestión empresarial para los mandos asistenciales pues serán los futuros responsables de las Unidades de Gestión Clínica.
- Un Sistema de Información potente y fiable que permita tanto el trabajo diario como el poder disponer con facilidad de datos para la toma de las adecuadas decisiones, en el momento oportuno.

- Una Reorganización funcional del organigrama del hospital para irlo adecuando a la nueva realidad organizativa.
- Una serie de Cambios en la Cultura de la organización para ir facilitando el cambio que se va proponiendo, en cuanto a implicación, responsabilización y participación de los profesionales en la gestión del hospital.
- La Gestión por Procesos, teniendo al paciente como centro de los mismos.
- Una Política de Comunicación orientada a todo ello.

El objetivo de la Gestión Clínica es lograr un mayor compromiso del profesional sanitario en la toma de decisiones no sólo clínicas, sino también de distribución de recursos, es decir que el médico comparta riesgo, tanto en la micro como en la mesogestión.

Tabla 3. Aspectos de la meso y microgestión hospitalaria que se deben desarrollar antes de implantar la Gestión Clínica

- Coordinación clínica y funcional, entre servicios y profesional.
- El paciente centro de la organización, asegurando la continuidad de la atención una vez se ha dado el alta del hospital.
- Procesos cada vez más complejos, al intervenir diferentes profesionales e incluso diferentes instituciones.
- Cambios en la estructura organizativa de las organizaciones para facilitar la toma de decisiones a nivel de donde se realiza la asistencia.
- Sistemas de Información orientados a generar conocimiento y facilitar la toma de decisiones.
- Empoderamiento de los profesionales, delegación de responsabilidad.
- Calidad y Seguridad Clínica en los procesos asistenciales.
- Epidemiología clínica, medicina basada en la evidencia científica.
- Ética en la toma de decisiones y en la gestión de los procesos asistenciales.
- Responsabilidad en la utilización de recursos disponibles y en la asignación de nuevos recursos.
- Eficiencia y Eficacia de los procesos asistenciales.
- Asegurar la Equidad que rige al sistema de salud.
- Satisfacción de los pacientes y de su experiencia en el servicio recibido

El desarrollo de equipos de trabajo es crucial para el buen funcionamiento de una Unidad de Gestión Clínica

Para ello se necesita generar marcos de trabajo con dos atributos:

- **Máxima autonomía**, el gestor clínico tiene que poder tomar decisiones sin necesidad de tener que pedir permiso para ello, en el marco de unas reglas del juego perfectamente delimitadas por el presupuesto que gestiona, los objetivos a alcanzar y la calidad del servicio que debe dar.
- **Máxima responsabilidad**, el poder de poder tomar decisiones implica ser responsable de las mismas. Responsabilidad en el cumplimiento del presupuesto. Responsabilidad en los objetivos a alcanzar. Responsabilidad en la calidad del servicio a dar.

Ello exige dos nuevos atributos que debe tener el gestor clínico:

- **Liderazgo**, la gestión clínica debe de estar bajo la responsabilidad de un líder clínico, alguien que aúna a una incuestionable categoría técnico-profesional (asistencial, científica, docente), una incuestionable capacidad de gestión de profesionales cualificados con alto nivel de conocimientos.
- **Capacidad de Gestión de Equipos de Trabajo Expertos**, el desarrollo de equipos de trabajo es crucial para el buen funcionamiento de una Unidad de Gestión Clínica, sea un departamento, un servicio o una unidad de negocio. El líder es fundamental pues es el elemento aglutinador y el que marca el camino a seguir, pero junto al líder debe haber un equipo que garantice la buena marcha de la organización y el buen hacer de los procesos. La existencia de un buen equipo de trabajo es un indicador de la bondad del liderazgo y de la seguridad en la continuidad del camino iniciado.

Las UGC se deben desarrollar en un modelo de gestión descentralizado

Diseño organizativo y funcional de las Unidades de Gestión Clínica

La gestión clínica es un proceso de descentralización de la gestión, buscando la mayor implicación del profesional sanitario en la consecución de los objetivos de gestión del hospital. Para ello, se aplanan la estructura organizativa y se da la responsabilidad en la dirección de los servicios sanitarios a los clínicos (las Unidades de Gestión Clínica).

Dependerá del tamaño, complejidad y características de un hospital el cómo sea el diseño organizativo y funcional de éstas Unidades.

Una Unidad de Gestión Clínica (UGC), puede ser desde una Unidad de Diagnóstico o Tratamiento, a un Servicio o una agrupación de Servicios, los denominados Institutos.

Idealmente hay que tratar que la implantación de las UGC se realice en el conjunto de los servicios asistenciales del hospital, tanto médicos, como quirúrgicos, como en los servicios de apoyo de tratamiento y diagnóstico.

La existencia de las premisas ya comentadas para el éxito del modelo (carrera profesional, formación en gestión, sistema de información, reorganización funcional, gestión por procesos, comunicación, cambio cultural) junto con la existencia de líderes clínicos capaces de tomar y aceptar esa responsabilidad son las variables fundamentales, a tener en cuenta en el momento de realizar la implementación de las UGC.

Las UGC se deben desarrollar en un modelo de gestión descentralizado, por ello se nombrará un Director que tendrá la autonomía y responsabilidad de la gestión de la parte del presupuesto del hospital que corresponde a los servicios que le corresponde gestionar. Ello incluirá todas las partidas correspondientes al presupuesto de: Personal, Farmacia, Material Sanitario, Material de Oficina, Gastos Generales, Mantenimiento e Inversiones.

El Presupuesto de la UGC incorporará también el que comporta el funcionamiento de los recursos estructurales de la UGC, tales como unidades de hospitalización, consultorios, gabinetes de exploración.

Un Instituto de Gestión Clínica (IGC) es una agrupación de servicios médicos y quirúrgicos realizada con criterios de afinidad en el tipo de pacientes que se tratan.

Así mismo se le asignaran unos objetivos a cumplir que deberán estar alineados con los objetivos del hospital, los cuáles por su parte deberán estar alineados con los objetivos que la Administración Sanitaria haya fijado para el Hospital.

Ni presupuestos, ni objetivos de gestión deben de ser impuestos, sino que deben ser frutos del dialogo y del conocimiento del entorno en el que debe gestionarse el hospital (Objetivos de la Administración Sanitaria, Plan de Salud del Área Poblacional de Referencia, Acreditación Hospitalaria, Proyectos de Seguridad Clínica, Presupuesto del Hospital, Características epidemiológicas del Sector o Área Sanitaria en el que trabaja el Hospital, Asociaciones de Pacientes, Proveedores, Compromisos Docentes, Proyectos de Investigación) y por ende la UGC. Es por ello que no puede improvisarse la creación de esa figura, quien ocupe el cargo de Director de la UGC debe de tener conocimientos suficientes sobre la realidad de la gestión del hospital y deberá de haberse implicado en la misma.

El Presupuesto de la UGC incorporará también el que comporta el funcionamiento de los recursos estructurales de la UGC, tales como unidades de hospitalización, consultorios, gabinetes de exploración.

El Director de la UGC gestionará los recursos humanos asignados a la misma, tanto el personal médico, como el de enfermería, como el administrativo o el de trabajo social o cualquier otro estamento que en un momento determinado se considere que es adecuado adscribirlo a la UGC, con la finalidad de obtener una mayor eficiencia en su funcionamiento.

El Director, máxima autoridad de la UGC, contará para el buen gobierno de la misma, con el apoyo de un responsable de la gestión de la enfermería y de un responsable de la gestión administrativa,

El Jefe de gestión de Enfermería específicamente gestionará el personal de enfermería (enfermería, auxiliares de enfermería,

auxiliares sanitarios o celadores) así como los procesos o cuidados de enfermería.

El Jefe de gestión Administrativa gestionará al personal administrativo, así como los procesos administrativos incluyendo el control de gestión de la UGC.

El modelo descentraliza la gestión del hospital y también desarrolla al máximo la participación de los profesionales en la misma, por ello el Equipo Directivo de la UGC deberá contar con el apoyo del resto de profesionales sanitarios de la misma, por ello se creará un Comité de Dirección (CD), cuya composición puede variar en función del tamaño de la UGC. Si ésta es un Instituto (agrupación de servicios), en el CD estarán los Jefes de los Servicios que componen el Instituto. Si la UGC es un Servicio, estarán los Jefes de Sección o de Unidad. También estará como mínimo un representante del personal médico y del personal de enfermería. Si es un hospital Docente, estará también en el CD el responsable de Docencia de la UGC, así como el responsable de Investigación.

Tabla 4. Componentes Básicos de una Unidad de Gestión Clínica (UGC)

- Líder Clínico que actúa de Director
- Líder de Enfermería que actúa de Jefe de Enfermería
- Líder Administrativo que actúa de Jefe Administrativo
- Comité de Dirección formado por los líderes y representantes significativos de los estamentos que componen la UGC
- Presupuesto de funcionamiento pactado con la Dirección del Hospital (el Presupuesto incluye los objetivos a cumplir y los recursos de la UGC)

Esta estructura de gestión deberá de rediseñar los procesos asistenciales de la UGC de acuerdo con la nueva realidad organizativa. Esta realidad organizativa puede abarcar un servicio asistencial, una unidad funcional, una unidad de apoyo, un servicio central de diagnóstico o bien puede abarcar una agrupación de servicios, en este caso la UGC se denomina Instituto.

Las UGC y los IGC tendrán plena autonomía de gestión, sin que el hospital pierda su personalidad jurídica,

Un Instituto de Gestión Clínica (IGC) es una agrupación de servicios médicos y quirúrgicos realizada con criterios de afinidad en el tipo de pacientes que se tratan. Ejemplo: IGC del Corazón, abarcaría los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

En los IGC se busca que la integración de especialidades médicas tenga una lógica médica, ejemplo los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular pueden estar junto a los servicios de Neumología y Cirugía Torácica y formar el Instituto del Tórax. En este caso, la afinidad no es solo por tratar el mismo órgano o sistema, si no por tratar pacientes con patología en la misma área del cuerpo humano.

La idea al organizar un IGC es que el paciente deba moverse lo menos posible dentro del hospital, pues el Instituto organiza sus procesos y circuitos asistenciales para atenderle de la manera más eficiente y eficaz posible, por ello es un modelo centrado en el paciente en que la estructura organizativa de los diferentes servicios que conforman el IGC se adapta a las necesidades del mismo, facilitando la coordinación entre profesionales al compartir el mismo proceso asistencial y la misma información, independientemente de si el servicio es médico o quirúrgico, de diagnóstico, de tratamiento o de rehabilitación.

Para que un hospital cuente con IGC que cumplan con su función se deben organizar en base a agrupaciones de tipos de pacientes, en función de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) o de los Códigos de Diagnóstico al Alta de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Esta información deberá permitir conocer la dimensión del Instituto que se está configurando, pues éste estará condicionada por el número y complejidad de los pacientes que tratará.

No hay que olvidar que el objetivo no es crear IGC o UGC, sino mejorar la eficiencia del hospital sin perder eficacia y mejorando la calidad asistencial y la seguridad clínica por lo cual además de

las condiciones y requisitos ya comentados para formalizar estas estructuras organizativas, también se debe tener en cuenta que haya una demanda que justifique su creación. Esta demanda vendrá definida por la población que habite en el área geográfica de referencia para el hospital y la patología prevalente en ella. Lo cual conformará la frecuentación hospitalaria y nos indicará que IGC es conveniente desarrollar prioritariamente por estar perfectamente justificados su creación y cuáles deberán ser estudiados y ponderados por otros factores, pues puede no ser necesario crear un Instituto y ser suficiente con organizar una UGC.

Cuando hablamos de agrupación, ésta no solo deberá plasmarse en el plano teórico de un organigrama, el hospital deberá estructurar sus espacios para que físicamente los servicios agrupados convivan juntos.

Las UGC y los IGC tendrán plena autonomía de gestión, sin que el hospital pierda su personalidad jurídica. No se trata de crear mini hospitales dentro del hospital pues esto tiene el riesgo de que se creen estructuras duplicadas, hinchándose el organigrama, con lo cual la eficiencia buscada no se consigue. Los servicios de apoyo que pueden variar en función del tamaño del hospital, tales como Sistemas de Información, Mantenimiento, Recursos Humanos, Comunicación o las mismas Direcciones Funcionales también variables en función del tamaño del hospital, tales como Dirección General, Médica, Enfermería, Económico-financiera, Recursos Humanos, Ingeniería, Calidad también tendrán que modificar su modus operandi, pasando a tener que tener una mentalidad de dar servicio a las UGC, pues éstas con su orientación al paciente son el cuore del hospital y el resto de servicios y direcciones deben estar a su servicio para facilitar su buen funcionamiento.

Los Servicios Centrales Asistenciales, tales como Diagnóstico por la Imagen, Laboratorios, Quirófanos, también deberán adecuarse a la nueva realidad organizativa, lo cual deberá orientarles a

En el caso de España se empieza a hablar de Gestión Clínica a partir de un problema presupuestario y no de un problema de calidad.

A nivel micro-económico, es el médico el que, con su decisión clínica, define el punto óptimo de servicio, y ello le hace co-responsable de la eficiencia de la organización y del sistema.

Otro elemento aparece en el horizonte ya desde hace tiempo, la participación efectiva de los pacientes, de los ciudadanos, en el gobierno de los hospitales.

estructurarse para dar servicio a las UGC e IGC que existan en el hospital.

Las UGC desarrolladas de acuerdo con las puntos explicados, tienen a priori una serie de ventajas que no tienen los otros modelos existentes.

Tabla 5. Potenciales Ventajas de las Unidades e Institutos de Gestión Clínica

<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir sinergias positivas entre los servicios integrados, al complementarse y minimizar sus debilidades individuales.
<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir reducir costes operativos y de transacción por economías de escala, al compartir recursos materiales y humanos.
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir los tiempos de espera, al poder programar la actividad de forma coordinada con mayor facilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Poder optimizar los costes de los procesos, mediante el uso de los recursos necesarios y evitando utilizar los que no lo son.
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad de resolución de problemas asistenciales, al complementarse el trabajo y la experiencia de diversos especialistas y profesionales.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad percibida o experiencia del paciente, gracias a la mejora en la coordinación entre profesionales y servicios y también por la mejora en la información y comunicación con éste.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los procesos asistenciales, como objetivo primario del Modelo.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales, con la creación de equipos interdisciplinarios complementarios, mediante sistemas de incentivos y con el desarrollo de la carrera profesional por estamentos.
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el clima laboral debido a la mayor implicación y participación de los profesionales en la gestión y organización del Centro.

Pero también pueden tener inconvenientes si no se implantan de forma adecuada.

Tabla 6. Posibles Inconvenientes de las Unidades e Institutos de Gestión Clínica

• Peligro de choque de culturas, si se integran servicios con culturas muy diferentes o servicios pertenecientes a un hospital con una cultura no adecuada para permitir la incorporación del modelo de Gestión Clínica.
• Riesgo de confrontación entre profesionales por los cambios en los roles que se establecen en la nueva realidad organizativa.
• Desarrollar ineficiencias en vez de eficiencias por un inadecuado diseño de la UGC o del IGC que comporte realizar menos actividad de la prevista o un consumo mayor de recursos.
• Generación de resistencias al cambio a este modelo por percibirse por los clínicos como un modelo de coste/beneficio negativo.
• Errores en la interpretación de los nuevos roles que deben desarrollar las direcciones funcionales del hospital como unidades de apoyo a las UGC

Algunas reflexiones sobre el Modelo

La Gestión Clínica es aún un modelo que no está del todo estudiado y que tiene diferentes puntos de partida. Así en el Reino Unido aparece por primera vez el término Clinical Governance en el año 1998 cuando la calidad de los servicios sanitarios estaba en entredicho, por ello allí este modelo giró alrededor de asegurar la calidad asistencial de los centros responsabilizando de la misma a los Gerentes y a las Juntas de Gobierno de los mismos, poniendo énfasis en la mejora continua de la calidad y a la utilización de guías de práctica clínica y estándares de calidad. Es decir que es un modelo que surgió como respuesta a un problema de calidad de los servicios sanitarios británicos.

En el caso de España se empieza a hablar de Gestión Clínica a partir de un problema presupuestario y no de un problema de calidad. La partida correspondiente a sanidad en los presupuestos del Estado es una de las más voluminosas, por tanto uno de las más susceptibles de mejorar su gestión, sobre todo a través de evitar consumos de recursos ineficientes y de mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios y es en este punto donde aparece la opción que sea el médico el responsable de ello, pues es mayoritariamente quien toma las decisiones clínicas que generan el gasto. A nivel macroeconómico, son los gobiernos, a

través de su política sanitaria, los que definen el punto de equilibrio entre recursos, cobertura y cartera de servicios. A nivel microeconómico, es el médico el que, con su decisión clínica, define el punto óptimo de servicio, y ello le hace co-responsable de la eficiencia de la organización y del sistema. Es decir que es un modelo que surge como un problema económico en la gestión de los servicios sanitarios españoles.

La evolución y el futuro de la Gestión Clínica

Después de unos años de experiencias en la puesta en práctica de modelos de gestión clínica, adaptados a las diferentes realidades que presenta el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, nos encontramos en el año 2023 con un SNS que está en una situación delicada, pues la oferta difícilmente puede hacer frente a la demanda, con un gasto creciente. A las habituales necesidades de asistenciales, se han sumado otras que hace unos años eran prácticamente desconocidas, no estaban presentes en la demanda de la ciudadanía o eran tratadas marginalmente. Ejemplos envejecimiento de la población y cronicidad, enfermedades raras o muy poco prevalentes, covid-19, salud mental, violencia de género, población vulnerable, entre otras.

A este incremento de la demanda se une la irrupción de nuevas técnicas diagnósticas y nuevos tratamientos orientados a la medicina personalizada junto al desarrollo exponencial de las nuevas tecnologías, la genómica y la inmunología, entre otras áreas del conocimiento aplicado a la medicina.

Por otro lado, la sociedad exige a los profesionales además de excelencia en los conocimientos técnicos de su profesión, excelencia en el trato y comunicación con los ciudadanos/pacientes/cuidadores y amplios conocimientos en otras materias no necesariamente incluidas en el habitual currículo formativo de las ciencias de la salud, como por ejemplo derecho, bioética, comunicación, gestión, economía, etc.

La necesaria transformación organizacional y estructural del SNS para hacer frente a los retos actuales que no difieren mucho de los pasados: ¿Cómo hacer frente a la creciente demanda de servicios sanitarios y socio-sanitarios? ¿Cómo gestionar el creciente gasto del sistema de salud? ¿Cómo cuidar a los profesionales para poder tener unos servicios excelentes? ¿Cómo dar el paso para que los ciudadanos sean el tercer agente del sector salud? ¿Cómo integrar eficientemente la investigación y la docencia en el SNS?

En el 2013 había un entorno recesivo que finalizó en 2014 pero el 2019 apareció el Covid-19 y todavía convivimos y conviviremos con él; vamos por la sexta ola, con las consecuencias que ha tenido y sigue teniendo en el funcionamiento del SNS

En este periodo de 10 años (2013-2022) podríamos decir que la gestión clínica se ha popularizado, hay experiencias en diversos centros hospitalarios de diferentes puntos de España, pero no se ha generalizado ni hay un único modelo.

La Gestión Basada en el Valor

En el 2006 uno de los gurús de la Gestión (Management), Michael Porter introdujo el concepto de Medicina basada en el valor; definiéndolo como el proceso basado, en guías clínicas, en costo-efectividad, en la continuidad de la atención, que permite obtener resultados relevantes para los pacientes y la comunidad. Con el valor de paciente como objetivo general, hace hincapié en la medición sistemática de los resultados y los costes, el desempeño y la asignación de recursos. Por tanto, orienta la práctica asistencial hacia actividades que generen los mejores resultados en salud posibles, que sean relevantes para los pacientes y por cada unidad de gasto generada por esa práctica.

Los modelos de atención basados en valor se centran en ayudar a los pacientes a recuperarse de enfermedades y lesiones, y a evitar enfermedades crónicas. Como resultado, éstos realizan

menos visitas médicas, menos pruebas y gastan menos dinero en medicamentos pues mejoran su salud a corto y a largo plazo. Los proveedores logran una mayor efectividad en su trabajo y una mayor satisfacción de los pacientes, con mayor eficiencia. Todo lo cual redundará en una reducción de los gastos en salud.

La atención basada en el valor orienta a la medición sistemática de los resultados y los costos, la reestructuración de las organizaciones, la transición hacia los pagos combinados y a la mejora de la calidad.

Y este es el modelo que se está incorporando a la Gestión Clínica. Hay que desarrollar procesos asistenciales y no asistenciales que aporten valor, utilizando aquellos recursos que ayuden a ello, evitando los que por el contrario no lo aportan y encarecen el proceso por un uso inapropiado de recursos; utilizando para ello una serie de herramientas como las que aporta el movimiento Right Care o la metodología Lean.

Y no solo hay que realizar el trabajo eficientemente, si no hay que medir los resultados del mismo para corroborar que aportan valor; orientándose así la medición de los resultados clínicos (CROMs), la de los resultados en la salud de los pacientes (PROMs) y la de los resultados en la experiencia de los pacientes (PREMs). A tal efecto Michael Porter fundó el *International Consortium of Health Outcomes Measures* (ICHOM).

El tercer Agente: Los Pacientes

Otro elemento aparece en el horizonte ya desde hace tiempo, la participación efectiva de los pacientes, de los ciudadanos, en el gobierno de los hospitales. Este parece ser que puede ser el elemento a incorporar, en el futuro, en este modelo y puede ser que influya en su evolución (hipotética cuarta oleada planteada en la tabla 1). ¿Serán los Clínicos y la Administración capaces de integrar a los ciudadanos en el gobierno de las UGC?

Parece que preocupa el punto de vista de los pacientes y cuál es su opinión respecto a la atención recibida en el proceso asistencial que han vivido (PREMs), y cuál es la repercusión en su salud (PROMs), pero todavía hay un camino a recorrer para que realmente los pacientes sean el tercer agente de salud, sabiendo como cuidar la suya y la de su entorno. Movimientos como los de la Alfabetización para la salud (*Health Literacy*) van en esa dirección, al tiempo que promueven la mejora de la comunicación pacientes/familia-profesionales de la sanidad.

Conclusiones

La Gestión Clínica es un modelo fruto del desarrollo de las ciencias de la gestión empresarial, evolución de los diferentes modelos desarrollados e implantados con anterioridad, y que en su evolución y maduración han conducido a este modelo.

La Gestión Clínica sitúa al paciente en el centro del modelo y convierte al profesional sanitario, principalmente al médico, experto en un área del conocimiento de la medicina, en gestor del proceso de atención a ese paciente. Para ello se le da la autoridad, la responsabilidad y los recursos necesarios con los objetivos de conseguir aumentar la eficiencia del sistema sanitario sin perder eficacia y mejorando la calidad y seguridad clínica del mismo.

La evolución de la gestión clínica incluye la incorporación del concepto de gestión basada en el valor y de las herramientas que permiten eliminar lo que no aporta y centrarse en lo que aporta, midiendo los resultados de los procesos asistenciales con la participación de los pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en [BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986](#).
2. Belenes R. *Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud*. Gac Sanit 2003; 17:150-156.
3. Font D. *Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria*. Med Clin (Barc) 2008; 130:351-6.
4. Beguiristain JM, Arrazola A, Elizalde B, Alkiza M. *Singularizar procesos: una propuesta de continuidad entre la actividad clínica y los objetivos de salud de las políticas sanitarias* Gac Sanit 2005;19:168-71.
5. Guerrero Fernández M, Alonso Sánchez JL, Bixquent Motegud V, Fernández Gomis M. *Las premisas para la gestión clínica*. Gestión Hospitalaria 2001;12:150-4.
6. Asenjo MA (Edit). *Gestión diaria del hospital*. 3ª edición. Editorial Masson, Barcelona; 2006.
7. Ruiz D. *¿A que nos referimos cuando hablamos de gestión Clínica?*. Inv Clin Farm 2004;1: 24-34.
8. Ortún V. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Editorial Masson. Barcelona; 2003.
9. Del Llano J, Martínez-Cantarero J.F, Gol J, Raigada F. *Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles*. Gac Sanit 2002; 16: 408-16.
10. Scally G, Donaldson LJ. *The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. BMJ 1998; 317: 61-65.
11. Rodes J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. *El futuro de la gestión clínica como consecuencia del progreso científico*

técnico en biomedicina. *Med Clin* 2008;130: 553-6.

12. Oliva Moreno J, González López-Varcárcel B, Barber Pérez P, Peña Longobardo Luz M^a, Urbanos Garrido R, Zozaya González N. *Crisis económica y salud en España. Informes, estudios e investigación 2018. Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social NIPO: 731-18-034-3*
13. Carmona López G, López Fernández LA, Mendoza García OJ, Oleaga de Usategui I. *Impacto de la crisis económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Escuela Andaluza de Salud Publica. ISBN: 978-84-606-7700-0*
14. *Impacto de la crisis económica en la actividad y eficiencia de un hospital terciario universitario. Rev Esp Salud Publica 2018 vol 82 (27)*
15. Porter ME. *What is value in health care? NEJM* 2010 363; 26:2477-81
16. *Right care series. Disponible en: <https://www.thelancet.com/series/right-care>*
17. Zdravkovic A, Grote V, Pirchi M, Stockinger M, Crevenna R, Fisher MJ. *Comparison of patient-and clinician-reported outcome measures in lower back rehabilitation: introducing a new integrated performance measure (t2D). Quality of Life Research 2021, disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02905-2>*
18. Black N, Varaganum M, Hutchings A. *Relationship between patient reported experience (PREMs) and patient reported outcomes (PROMs) in elective surgery, BMJ Qual Saf* 2014; 23: 534-542; <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002707>
19. *International Consortium for health outcomes measurement. Disponible en; <https://www.ichom.org>*