

13.5. Experiencias de las unidades de gestión clínica



La Gestión Clínica como modelo de gobernanza ha generado un proceso de aprendizaje y de creación de valor en los microsistemas asistenciales, con un trabajo colaborativo, multidisciplinario y transversal que posibilita la buena gestión del conocimiento para la consecución de objetivos de eficiencia clínica y de calidad, por lo que se ha ido desarrollando por doquier

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. Experiencias de las unidades de gestión clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 (**actualizado feb 2023**) [consultado día mes año]. Tema 13.5 Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
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 mini tema explicaremos diferentes experiencias de Unidades de Gestión Clínica que nos servirá también para ilustrar su amplitud y reflexionar sobre ello.

Ejemplo de una organización donde está implantada y consolidada la gestión Clínica: La experiencia del Hospital Clínico de Barcelona

El Hospital Clínic de Barcelona (HCB) es una de las organizaciones con un grado mayor de implementación de la gestión clínica debido al desarrollo de los Institutos y Centros basados en la Gestión Clínica (IGC) como unidad organizativa de este hospital (1,2)

Indice

- *La experiencia del Hospital Clínico de Barcelona (HCB)*
- *La experiencia del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares del HCB*
- *La experiencia del programa de Cribado de cáncer de Colon*
- *La experiencia de las Unidades de Hospitalización a Domicilio*
- *La experiencia de las Unidades de Dolor Oncológico*
- *La experiencia de las Unidades de Prevención Secundaria de Fracturas*

Este desarrollo se planteó e inició bajo el liderazgo del equipo de gestión y de los facultativos del centro, quienes iniciaron los cambios necesarios para ello, junto con la implementación de herramientas de gestión, como el sistema de información, que ayudaron y facilitaron la transformación del Centro.

Otros hospitales han desarrollado modelos más o menos similares, pero acotados a áreas concretas de su organización (3).

Los cambios organizativos en una institución, necesarios para conseguir su transformación, son siempre difíciles y complejos. La oportunidad para poder aplicarlos depende, a menudo, de una serie

de circunstancias que propician un ambiente o una cultura que los facilitan.

En el caso del HCB, la realidad organizativa actual ha sido posible a partir de una serie de cambios y de decisiones que se tomaron antes de la creación de los IGC. Estos cambios, surgieron del propio colectivo médico quien los fraguó y demandó. La administración del centro los facilitó en mayor o menor medida. Los objetivos de los mismos fueron potenciar la investigación como un elemento básico de estímulo del espíritu crítico de los profesionales y clave en el futuro del centro (4); incrementar la participación e implicación de los profesionales en las decisiones de gestión y organización; crear una carrera profesional que diferenciara la línea jerárquica de la trayectoria profesional, valorando ésta, teniendo en cuenta el trabajo asistencial, docente, de investigación de cada profesional, así como las innovaciones que hubiera aportado y su participación en los órganos colegiados de participación y de mejora de la calidad asistencial.

Todo ello no nació por generación espontánea, sino que forma parte de la historia de los cambios que el hospital ha ido realizando a lo largo de su existencia. En el año 1972, el hospital vivió un hito importante, que fue la constitución del Comité de delegados Médicos, órgano de representación del estamento médico que desde entonces actúa como asesor de la Dirección Médica. Este Comité, compuesto por cerca de 40 facultativos que han sido elegidos por el resto de los facultativos del centro y que representan a las diferentes unidades organizativas del mismo, los IGC. Unos pocos años después se creó la Asociación Profesional que representa a sus afiliados (todos los facultativos) en los aspectos laborales ante la dirección del hospital y que desde entonces negocia y tiene un convenio propio y específico para el cuerpo facultativo. Comité de delegados y Asociación Profesional, aunque con fines y funciones diferentes, son muy interdependientes pues vehiculizan toda la vida profesional de los facultativos del centro, así a partir del Comité de Delegados Médicos, surgieron ideas y herramientas importantes para la evolución del hospital que facilitaron y ayudaron el desarrollo de los IGC.

En el año 1995, sucedió otro hecho considerado como clave por los facultativos del hospital, como fue la implementación de la carrera profesional (5). Antes de la carrera profesional, el personal facultativo se regía por el sistema jerárquico tradicional, en el que un médico ocupaba el puesto de adjunto, y podía aspirar a una jefatura de sección o de servicio cuando ésta se creaba o quedaba vacante. Se trataba de un sistema muy estático, sin evaluación permanente a partir de criterios establecidos y, por tanto, poco incentivador en el desarrollo profesional. Con la carrera profesional se separó la categoría (consultor senior, consultor, especialista senior, especialista) del cargo (jefe de servicio y jefe de sección), y se creó un sistema de promoción que desde entonces revisa anualmente las categorías; y un sistema de revisión y nombramiento de cargos que reevalúa los cargos médicos cada 4 años.

La carrera profesional junto con otras herramientas de gestión (que ahora diríamos que son de gestión clínica pero que entonces fueron una innovación como herramienta de desarrollo profesional), como son los años sabáticos (6) y los premios fin de residencia, fueron y son herramientas fundamentales, para poder contar con unos profesionales motivados en participar en proyectos posteriores de la institución; sin ellas, las transformaciones siguientes hubiesen sido mucho más complejas.

También la creación de estructuras de investigación, como la Fundación Clínic para la Investigación Biomédica y el Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (7), fueron otros hechos clave, pues la visión de la mayor parte de los profesionales del hospital era que la investigación biomédica era de importancia capital en el crecimiento del mismo, pues no hay asistencia de calidad sin el espíritu crítico que confiere la práctica de la investigación, y que la investigación y la asistencia son compatibles entre sí y también con la gestión. Por ello, y en paralelo a la evolución de

las políticas de recursos humanos del personal facultativo, en el hospital se desarrolló un proyecto de cambio y profesionalización de sus estructuras de investigación, que le ha permitido situarse como el primer centro hospitalario español en este ámbito.

En la actualidad, el hospital cuenta con líderes científicos destacados en diferentes posiciones directivas, lo que refleja la importancia en la gestión estratégica del Centro de hacer compatibles la asistencia y la investigación con la gestión.

En el año 1996, con la carrera profesional en marcha, y partiendo de una organización que agrupaba a los 54 servicios existentes en 4 divisiones (División de Medicina, División de Cirugía, División de Especialidades y División de Servicios Centrales), se planteó una transformación del modelo organizativo y de funcionamiento del Hospital y se constituyeron los institutos y centros de gestión clínica, con dos objetivos principales:

- Aumentar la participación del personal facultativo y de enfermería en la gestión, es decir, consolidar el desarrollo de la gestión clínica. En el año 1995, el Hospital Clínic, a pesar de la tradición de liderazgo del colectivo médico en proyectos de gestión, tenía una representación escasa del personal facultativo en su Comité de Dirección y el interés por la gestión, por la manera de organizarse o por los costes alcanzaba a una parte reducida del personal facultativo y de enfermería.
- Aumentar la orientación al paciente y al proceso. En el organigrama tradicional de un hospital, la separación entre el área administrativa y la asistencial; la organización en paralelo del área médica y de enfermería; la agrupación de los servicios médicos basados más en la lógica de los profesionales o de los recursos que en las necesidades del paciente suelen dificultar la orientación a la atención al paciente y a la optimización del proceso asistencial. En el modelo organizativo previo, basado en divisiones, los servicios que formaban parte de una división raramente compartían pacientes (por ejemplo, traumatología, cirugía general y digestiva y cirugía cardiovascular en la División de Cirugía, o ginecología, otorrinolaringología y psiquiatría en la División de Especialidades), y los directivos de cada división tenían distinta dependencia (el responsable médico del director médico, el de enfermería de la directora de enfermería y el económico-administrativo del gerente). Los cambios organizativos iniciados en el año 1996 pretendían corregir estas disfunciones.

El modelo organizativo del Hospital Clínic:

- Establece un número limitado de unidades organizativas que son los institutos y centros. Los institutos agrupan servicios con sentido clínico (orientación al paciente) y los centros, servicios diagnósticos; ambos tienen dimensión

suficiente para disponer de estructuras de gestión propias.

- Identifica líderes clínicos a cargo de estos institutos y centros (los directores de instituto o centro que dependen del director general) y los ubica en los órganos de dirección del hospital (Comité Ejecutivo).
- Dota a estos institutos y centros de equipos (responsables de enfermería y económico-administrativos y Comisión de Dirección para cada instituto y centro) y herramientas de gestión (Plan de Empresa en la fase de diseño y contrato anual de actividad y económico en la actualidad, en función del Plan Estratégico vigente).
- Unifica la línea de mando e integra la organización asistencial y la económico-administrativa y la médica y de enfermería (responsable de enfermería y económico-administrativo dependen del director del instituto).
- Refuerza el papel de los directores funcionales (recursos humanos, servicios generales, docencia, investigación, calidad, ingeniería) como responsables de definir criterios globales y asegurar la homogeneidad de los procesos transversales del hospital que suceden en los Institutos y centros.

La reorganización en institutos y centros ha permitido disponer de un hospital con capacidad de cambio y de adaptación a las necesidades de la población y a la exigencia del entorno, pudiendo modular la actividad en función de esa exigencia, con una mejora de eficiencia económica y eficacia asistencial. Así por ejemplo la estancia media ha ido decreciendo mientras que el número de altas del centro ha ido en aumento, desde el inicio de todos estos cambios que hemos ido explicando (8).

Los resultados obtenidos por este modelo de gestión, basado en Institutos de gestión clínica ha comportado recibir diferentes reconocimientos y ser uno de los hospitales con mejor reputación en España (9), siendo uno de los principales hospitales del mundo en producción científica (10).

El modelo de gestión clínica implantado en el hospital clínico ha demostrado su capacidad para desarrollar una mayor, mejor y más compleja actividad; para adaptar esa actividad al presupuesto público; para conseguir unos estándares de calidad reconocidos, siendo uno de los hospitales más innovadores (11) y con mayor producción científica de España, pero nuevos retos aparecen que pondrán a prueba este modelo y su evolución o transformación hacia el que parece el nuevo paradigma, la gestión basada en el valor

Ejemplo de un Instituto de Gestión Clínica: La experiencia del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínic de Barcelona en la gestión clínica de la cardiología en un área de salud

En enero de 2008 se inició en la comunidad autónoma de Cataluña, el programa de atención integrada en los centros de atención primaria (12). Este modelo tenía el objetivo de sustituir al modelo tradicional en que los médicos especialistas de atención primaria eran un eslabón entre el médico de familia y el médico especialista del hospital, sin mucha relación ni coordinación entre ellos.

En el año 2009 en el área de salud del hospital clínico de Barcelona (AISBE), los especialistas de cardiología del hospital pasaron a realizar las funciones de especialistas de zona, integrándose en la actividad de los centros de asistencia primaria de referencia del hospital. Basándose en el modelo de gestión clínica, el servicio de cardiología del hospital del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares (13) se reorganizó de manera que un especialista del servicio se desplazaba un número de horas a la semana al centro de primaria para atender las peticiones de consulta de los médicos de familia, compartiendo historial clínico, elaborando guías de práctica clínicas conjuntas, realizando sesiones conjuntas, entre otras herramientas de coordinación.

El análisis comparativo con el modelo tradicional objetiva que el modelo basado en la gestión clínica permite una distribución mas racional de los pacientes, pues evita que pacientes que pueden ser tratados perfectamente de forma ambulatoria tengan que ir al hospital y a su vez permite que los pacientes mas complejos y con mayor riesgo cardiovascular accedan al hospital con mayor rapidez. El manejo del paciente con patología cardiovascular mejoró tal como se pudo demostrar por los indicadores de salud cardiovascular bioquímicos y por la mejora en los resultados de las pruebas complementarias. Así mismo hubo una mejor indicación de los tratamientos farmacológicos lo que redundó en una mejor evolución de los pacientes atendidos.

Todo ello sin un aumento de los recursos utilizados y con una amplia satisfacción tanto por parte de los pacientes como de los profesionales.

Se evaluó la satisfacción de los médicos de atención primaria en los dos modelos estudiados, el tradicional y el de atención integrada, y se vio que la satisfacción de éstos aumenta con la atención integrada, a pesar de que la integración aumenta su carga de trabajo, pues el médico de familia pasa a desempeñar un papel protagonista que le permite mejorar la atención a sus pacientes, con un incremento en la satisfacción en el trabajo que realiza. Destaca así mismo la mayor comunicación y accesibilidad entre el médico de familia y el cardiólogo, y la mayor capacidad en la resolución de los problemas que presentan los pacientes.

Los principales elementos responsables de este aumento de la satisfacción de los profesionales en el modelo integrado son la historia clínica compartida, la comunicación directa en las sesiones de consultoría semanal y la posibilidad de consultas en cualquier momento mediante el teléfono móvil o el correo electrónico.

El modelo de atención integrada también mostró una mejora en los parámetros de eficiencia respecto al modelo tradicional, pues se registró una disminución de las solicitudes de pruebas complementarias (ecocardiogramas, holter y pruebas de esfuerzo) y una disminución de las derivaciones a la consulta externa. El número de horas de cardiólogo dedicado a cada centro de atención primaria se mantuvo sin cambios y la necesidad de ingresos hospitalarios tampoco aumentó.

La consulta de cardiología en el nuevo modelo supuso un cambio organizativo sin incremento de personal, ni de medios de diagnóstico respecto a los que había en el modelo previo.

La implementación del modelo comportó un cambio en la organización del servicio de Cardiología, respecto a distribución de horarios de trabajo, circuitos y agendas de visita, exploraciones, pero sin ningún tipo de aumento de personal, ni adquisición de más aparatos o infraestructuras.

La consecuencia de este cambio organizativo fue la reducción de las listas de espera, del número de visitas sucesivas y del número de ingresos hospitalarios.

Todo ello se desarrolla en el marco del Instituto de Enfermedades Cardiovasculares del Hospital Clínic de Barcelona (14) que agrupa los servicios de Cardiología y Cirugía Cardíaca, que como los otros Institutos de este Centro hospitalario tiene a la gestión clínica como modelo organizacional que debe afrontar la incorporación de nuevos métodos de diagnóstico, de tratamiento y de seguimiento de los pacientes, en un marco de asistencia territorial integrada, en un entorno político-económico complejo.

Ejemplos de Unidades de Gestión Clínica: La experiencia del programa de cribado de cáncer de colon de la ciudad de Barcelona

Los Institutos y Centros no son el único ejemplo de Gestión Clínica, pues hay otras formulas para implementar este modelo en los centros asistenciales, tal como se ha visto en la unidad 13.03. Las Unidades Funcionales es otro ejemplo, en el que diferentes especialistas se coordinan e integran esfuerzos para mejorar la eficacia y la eficiencia en el tratamiento a un determinado grupo de pacientes, sin dejar de formar parte de sus servicios, sino dedicando parte de su tiempo a tratar los pacientes que

padecen una determinada patología muy prevalente entre la población de referencia (melanoma, cáncer de mama, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal ...), de una forma similar a como se ha explicado en el ejemplo de la atención cardiológica integrada.

Los programas de cribado de cáncer son otro ejemplo de la potencialidad que tiene la implantación de un modelo de gestión clínica en un hospital o en un área sanitaria. Ejemplo de ello, es el programa de Cribado de cáncer de colon implementado en la ciudad de Barcelona (15-16).

En este caso el modelo de gestión clínica ha comportado la colaboración de los servicios de Gastroenterología, Medicina Preventiva y Epidemiología, Bioquímica y Genética Molecular, con las Farmacias de barrio del área de referencia cada uno de los hospitales de referencia en que esta sectorizada la ciudad de Barcelona.

El servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología gestionando la realización del test en heces a la población mayor de 50 años, las farmacias de barrio facilitando el kit para realizar el test y reforzando la información para aumentar la sensibilización de la población diana para que se realice la prueba, Bioquímica y Genética Molecular realizando el análisis de la muestra y el servicio de Digestivo realizando la colonoscopia en aquellos test que han resultado positivos (17). El circuito finaliza con el diagnóstico que ratifica o no la existencia de una neoplasia. En el primer caso se deriva al paciente al servicio de cirugía digestiva para su tratamiento y oncología si es el caso.

Estas formulas de colaboración entre servicios y con servicios de salud comunitarios, son exitosas en la medida que consiguen alcanzar sus objetivos asistenciales y de trabajo, mejorando la salud de la población, diagnosticando precozmente un problema de salud, sin un mayor consumo de recursos, haciendo más eficientes los disponibles, todo ello gestionado por los clínicos, lo cual es un ejemplo del grado de flexibilidad y de potencialidad del modelo.

La experiencia de las Unidades de Hospitalización a Domicilio

El creciente coste de la hospitalización y la búsqueda de la máxima eficiencia; los avances en el conocimiento médico, en cuanto a tratamientos y medios de diagnóstico; el desarrollo de las tecnologías y de la inteligencia artificial; junto con la implementación de nuevas formas de gestión, han propiciado la creación de unidades que permiten realizar una buena asistencia evitando el ingreso hospitalario: cirugía mayor ambulatoria, hospitales de día, unidades de diagnóstico rápido, consultas de

alta resolución, teleasistencia y unidades de hospitalización a domicilio (UHD). Todos estos tipos de nuevas y no tan nuevas, pero si redefinidas, estructuras organizativas están siendo lideradas y gestionadas por clínicos

En el caso de las UHD (18-19), éstas se estructuran bajo la dirección clínica de un médico, en muchos casos especializado en Medicina Interna, que cuenta con un equipo médico y de enfermería, apoyado por una estructura administrativa propia o del centro.

Las UHD han demostrado mejoras en:

- Los resultados en salud respecto a la hospitalización convencional, reduciendo morbilidad y mortalidad (20)
- La reducción de complicaciones asociadas a la hospitalización como son las infecciones nosocomiales, los cuadros de delirio de la población anciana y la iatrogenia (21).
- La reducción de los costes de la asistencia, comparativamente con los que comporta un ingreso hospitalario (22-23).
- La reducción de la sobreocupación hospitalaria en determinadas épocas, como es la invernal, facilitando el alta precoz de los enfermos ingresados y evitando el ingreso al hospital desde urgencias en pacientes que pueden ser atendidos en su domicilio.
- Facilitar la continuidad asistencial desde el hospital a la atención primaria o los centros de cuidados intermedios o a las residencias de mayores (24).
- La satisfacción de los pacientes atendidos (20)

En España existen experiencias consolidadas en diferentes hospitales, como el Hospital Clínic de Barcelona y el Hospital Universitario de Torrejón de Madrid (25-26).

La experiencia de las Unidades para el Control del Dolor Oncológico

La gestión clínica también se ha desarrollado dentro de los servicios clínicos tradicionales de los hospitales, creando unidades funcionales específicas para el abordaje de la asistencia de diferentes problemas de salud, tipos de pacientes o patologías.

Un ejemplo son la creación de Unidades funcionales para el control del dolor oncológico (UCDON), dada la dificultad que entraña en muchas ocasiones el control de ese tipo de dolor (27), las características del cáncer que sufren, su evolución y el tratamiento a que son sometidos los pacientes con todos sus efectos secundarios.

Las UCDON acostumbran a estar adscritas a los servicios de Anestesiología, pero con una clara coordinación con los Servicios de Oncología, unidades de Cuidados Paliativos, Servicios de Psiquiatría/Psicología y Atención Primaria. Estas UCDON se estructuran bajo la dirección clínica de un médico anestesiólogo que cuenta con un equipo médico, de enfermería y una estructura de apoyo que le da el Servicio de Anestesiología.

Ejemplos de UCDON de nuestro país son la del Hospital Universitario de Ourense, la del Hospital Universitario La Princesa de Madrid, la del Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona) que han recibido un reconocimiento por la Calidad Asistencial (28) que prestan, evaluada mediante la norma ACDON (29) que permite evidenciar la bondad de estas unidades en la atención a las personas que padecen de dolor oncológico en cuanto a que:

- Son evaluadas y reciben la indicación de cuál es el tratamiento más conveniente según sus circunstancias
- Reciben el tratamiento para el dolor indicado y se realiza un seguimiento de su eficacia
- Reciben tratamiento no farmacológico, como coadyuvante del farmacológico, incluyendo apoyo psicosocial.
- Tienen fácil acceso a cuidados paliativos cuando su situación lo requiere
- Fácilmente acceden a aquellos dispositivos asistenciales o de apoyo que necesitan
- Son atendidos en una unidad actualizada en conocimientos, que imparte conocimiento y que realiza investigación en el campo del dolor oncológico
- Son atendidos en una unidad segura
- Son atendidos a plena satisfacción y se trabaja en la mejora de su experiencia.

La experiencia de las Unidades de Prevención Secundaria de Fracturas por Fragilidad

En su evolución las unidades de gestión clínica se han orientado a la atención de determinadas patologías que por su complejidad, volumen o especificidad hace necesario el desarrollo de unidades pensadas, desarrolladas e implementadas con esa finalidad.

Un ejemplo son las Unidades de Prevención Secundaria de Fracturas por fragilidad ósea (UPSF), causadas mayoritariamente por padecer osteoporosis (30-31).

Las UPSF se estructuran alrededor del liderazgo de un clínico. Puede ser un especialista en reumatología, geriatría, medicina interna, traumatología, endocrinología o medicina de familia. Hay diferentes ejemplos en toda la geografía de España.

El director clínico cuenta con el apoyo de un equipo de médicos y de enfermería, así como de otros profesionales, como médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas y también cuenta con el apoyo estructural del Servicio o del Centro donde se ha implementado.

Las UPSF o FLS en sus siglas en inglés, han demostrado que aportan valor tanto a la organización donde están implantadas como al conjunto del sistema de salud (32-33), pues:

- Reducen el riesgo de padecer una nueva fractura por osteoporosis
- Reducen los costes de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con osteoporosis
- Aumenta la calidad de vida de los pacientes
- Incluyen un registro de fracturas y una base de datos para controlar la atención proporcionada al paciente con fractura (34)

En España, las UPSF todavía no están plenamente implementadas en todas las áreas territoriales de salud, pero sí que hay un número creciente de ellas, algunas con años de funcionamiento.

Un ejemplo la tenemos en la UPSF del Anoia (FLS Anoia), con base en el Hospital Universitario de Igualadas (Barcelona) y desarrollada a partir de un modelo asistencial transversal y multidisciplinar integrado; formado por un grupo de 17 profesionales

clínicos que constituyen la comisión FLS del Anioia, representando a los servicios de farmacia, fisioterapia, geriatría (coordinador del grupo), enfermería, medicina familiar y comunitaria, reumatología, terapia ocupacional, traumatología y odontología.

La FLS Anioia (35) da cobertura a una población de 140.000 habitantes e integra la atención hospitalaria (Hospital de Igualada), atención intermedia (Fundación Sanitaria Sant Josep) y atención primaria de esta área poblacional (10 Centros de Salud). La actividad desarrollada es un ejemplo de los resultados que se pueden conseguir con este tipo de organizaciones basadas en el conocimiento clínico:

- Adherencia al tratamiento anti osteoporótico (prevención secundaria) del 69%.
- Reducción del 10% en las fracturas de cadera de la población.

Otro ejemplo de una UPSF con larga trayectoria es la que está liderada por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin (36), en la que también participan los Servicios de Traumatología, Geriatría, Rehabilitación, Radiodiagnóstico, Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria de los Centros de Salud del área de referencia, en el que también se pone en evidencia el aumento del tratamiento de prevención secundaria a los pacientes que han padecido una fractura osteoporótica, así como el mejor conocimiento de como prevenir fracturas mediante una colaboración multidisciplinar organizada.

Referencias Bibliográficas

1. Rodés J, Font D, Trilla A, Piqué JM, Gomis R. Avances científicos y técnicos en biomedicina: reflexión de la gestión clínica. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130:553-6.
2. Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J. Implementación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130:351-6.
3. Sánchez-Monge M. Institutos clínicos, la reforma aplazada. *Rev Médica*. 2003;10-6.
4. Rozman C, Rodés J. Métodos para promover la investigación biomédica en los hospitales universitarios. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:460-2.
5. Salmeron JM. Comité de Promoción del Hospital Clínic de Barcelona. Sistema de promoción profesional del estamento médico. Experiencia tras 5 años de aplicación en el Hospital Clínic de Barcelona. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:463.7
6. Rodés J, Trilla A, Asenjo MA, Grau J. Evaluación del rendimiento de los permisos sabáticos: Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (1980-1991). *Med Clin (Barc)*. 1995; 104:321-8.
7. IDIBAPS, disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/idibaps>, consultado 22 de febrero 2023.
8. Portal de la Transparencia del Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: <https://transparencia.clinic.cat/qualitat-i-resultats>, consultado 22 de febrero 2023.
9. Monitor empresarial de reputación corporativa. Disponible en: <https://www.merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria-hospitales>, consultado 22 de febrero 2023.
10. IDIBAPS, disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-idibaps-hospital-clinic-se-encuentran-entre-las-instituciones-cientificas-mas-productivas-del-mundo>, consultado 22 de febrero 2023

11. *The world's best Hospitals*. Disponible en: <https://www.newsweek.com/worlds-best-hospitals-2022>, consultado 22 de febrero 2023
12. *La red de atención especializada en atención primaria*. Disponible en: https://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/Arees_Integrals_de_Salut/ais-barcelona-es-querra/, consultado 22 de febrero 2023
13. Falces C, Andrea R, Heras M *et al*. Integración entre cardiología y asistencia primaria: impacto en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011; 64: 564-71.
14. Sanz G, Pomar JL. El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona. *Rev Esp Cardiol*. 1998; 51:620-8.
15. Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto. Disponible en <https://www.prevenciacolonbcn.org/es/>, consultado 22 de febrero 2023
16. Burón A, Grau J, Andreu M, *et al*. Colorectal cancer early screening program of Barcelona, Spain: Indicators of the first round of a program with participation of community pharmacies. *Med Clin (Barc)* 2015; 145 (4):141-6
17. Quintero E, Castells A, Bujanda L *et al*. Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening. *N Engl J Med*. 2012; 366:697-706.
18. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, disponible en <https://www.sehad.org>, consultado 22 febrero 2023
19. Damborenea MD, Valdivieso B, González VJ, *et al*. Hospitalización a domicilio. Barcelona. Hoechst Marion Roussel. 1998
20. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay LA. Meta-analysis of hospital in the home. *Med J Aust* 2012; 197 (9):512-9.
21. Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomized controlled trial of rehabilita-

tion of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing*. 2006; 35(1):53-60.

22. Vilà A, Villegas E, Cruanyes J *et al*. Program for the Care of Patients with Multimorbidity. Cost-effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63(5):1017-24.
23. Coast J, Richards SH, Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ*. 1998; 316(7147):1802-6.
24. Hernández C, Aibar J, Seijas N *et al*. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care. Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *Int J Integr Care*. 2018; 18(2):12.
25. Hospitalización a domicilio en el Hospital Clinic de Barcelona. Disponible en <https://www.clinicbarcelona.org/servicio/dispositivo-transversal-de-hospitalizacion-a-domicilio>, consultado 22 de febrero 2023
26. Hospitalización a domicilio en el Hospital de Torrejon de Madrid. Disponible en <https://www.hospitaldetorrejon.es/noticia/la-unidad-de-hospitalizacion-a-domicilio-del-hospital-de-torrejon-atiende-a-mas-de-2-000-personas/61/>, consultado 22 de febrero 2023
27. Pérez-Hernández C, Cánovas ML, Carmona-Bayonas A, *et al*. A delphi study on the management of neuropathic cancer pain in Spain: the DOLNEO study. *J Pain Res* 2002; 15:2181-2196
28. Noticias acreditación excelente Unidad del Dolor. Disponible en: <https://calidadasistencial.es>, consultado 22 de febrero 2023
29. Pérez C, Martín-Delgado J, Vinuesa M *et al*. Pain standards for Accredited Healthcare Organizations (ACDON Project): A mixed methods study. *J. Pers. Med*. 2021; 11(2), 102
30. Naranjo Hernández A, Díaz del Campo Fontecha P, Aguado Acín MP, *et al*. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre osteoporosis. *Reumatol Clin*. 2019; 15 (4): 188-210.

31. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J-Y- European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos* 2019; 30(2):3–44
32. Naranjo A, Prieto-Alhambra D, Sánchez-Martín J, Pérez-Mitru A, Brosa M. Cost-Effectiveness Analysis of Fracture Liaison Services Compared with Standard of Care in the Secondary Prevention of Fragility Fractures in Spain. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2022;14:249-264.
33. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. *Rev Esp de Geriatría y Gerontología* 2011; 46(4): 193-99
34. Montoya-García MJ, Carbonell-Abella C, Cancio-Trujillo JM, Moro-Álvarez MJ, Mora-Fernández J, Izquierdo-Avino. Spanish National Registry of major osteoporotic fractures (REFRA) seen at Fracture Liaison Services (FLS): objectives and quality standards. *Arch osteoporos* 2022; 17(1):138
35. Duaso E. Memoria FLS Anoia 2022. Unidad de Fractura por Fragilidad Ósea del Anoia (Memoria no publicada). Consorci Sanitari de l'Anoia 2022.
36. Naranjo A. Experiencia de una unidad de fracturas FLS mixta (pacientes ambulatorios e ingresados). Comunicación a la 2ª Jornada Catalana de Ortogeriatría, 2019.