

## 13.10 El rol de la Dirección Asistencial en el contexto de las Unidades de Gestión Clínica.



El rol de la Dirección Asistencial ha experimentado transformaciones profundas en función de los cambios experimentados en el enfoque de las organizaciones sanitarias.

**Autor: Ramón Gálvez Zaloña**

*Neurólogo. Experto en Gestión Sanitaria.*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Gálvez Zaloña R. El rol de la Dirección Asistencial en el contexto de las Unidades de Gestión Clínica.

[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 13.10.

Disponible en: [direccion 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:**

El rol de la Dirección Asistencial ha experimentado transformaciones profundas en función de los cambios experimentados en el enfoque de las organizaciones sanitarias.

Esta transformación adquiere un contenido de cambio radical con la introducción y aplicación de la Gestión Clínica. La ruptura del concepto de hospital tradicional y su constitución como un conjunto de unidades/ áreas clínicas de gestión consolida y da lugar a la aparición de un nuevo modelo de organización sanitaria.

En este modelo la participación responsable de los profesionales

## Introducción

1. *Una aproximación inicial al rol de la Dirección Clínica.*
2. *Evolución de las estructuras directivas en las organizaciones sanitarias. Las funciones de la Direcciones Asistenciales.*
  - 2.1.- *Las primeras estructuras directivas en Hospitales.*
  - 2.2 .- *La Dirección Médica responsable del centro hospitalario.*
  - 2.3.- *La Dirección Médica en el modelo gerencial.*
3. *La evolución de los modelos organizativos en los años 90.*
4. *Funciones de las Direcciones Asistenciales en el modelo gerencial.*
  - 4.1.- *Un breve repaso a la función directiva en el ámbito de la Dirección Médica.*
  - 4.2.- *El rol de la Dirección Médica en la normativa y su desarrollo.*
5. *Criterios para el desarrollo y transformación de un hospital en un sistema de unidades de gestión clínica.*
6. *La Definición de la organización como sistema de unidades clínicas. Tipos de Unidades de Gestión Clínica.*
7. *El Diseño y Rediseño de procesos como elemento transformador de la organización sanitaria.*
8. *El proceso de transformación de la Dirección Asistencial y su rol en un Hospital constituido por Áreas Clínico Asistenciales.*
  - 8.1.- *Primera Etapa: el rol de las Direcciones Asistenciales en el Proceso de implantación de las Areas Clínico Asistenciales.*
  - 8.2.- *Segunda Etapa. Las organizaciones sanitarias como sistema de unidades clínicas.*
9. *Bibliografía.*
10. *Anexo 1:*
  - 1.- *Un enfoque nuevo: la introducción de la Gestión Clínica y el Gobierno Clínico en las organizaciones sanitarias.*
    - 1.a.- *Concepto de Gestión Clínica.*
    - 1.b.- *Concepto de Gobierno Clínico.*
    - 1.c.- *El enfoque de Porter sobre las unidades clínicas de gestión.*
  - 2.- *Las líneas de cambio en el modelo organizativo introducidas por la aplicación de la GC.*
  - 3.- *Bases y rasgos fundamentales de la Gestión Clínica.*
  - 4.-*Requisitos para el desarrollo de la Gestión Clínica.*
11. *Anexo 2*
  - 1.- *Desarrollo y evolución de la Gestión Clínica en España.*
    - 1.a.- *El modelo de GC en Andalucía.*
    - 1.b.- *El modelo de GC en Asturias.*
  - 2.- *Un modelo de Gestión Clínica para toda la organización: Plan Hospital 2007 en Francia.*

en la gestión y toma de decisiones es un elemento sustancial. La organización sanitaria se constituye en una estructura compleja en red de carácter horizontal. En este sistema, los Directores Clínicos de las unidades/áreas Clínico-Asistenciales asumen la responsabilidad delegada en la gestión y promueven el desarrollo de competencias por los profesionales integrantes de la unidad.

De esta forma se intenta recuperar el orgullo y sentido de pertenencia de los profesionales a la organización, cohesionando a los miembros de cada Unidad en un proyecto estratégico común: Plan Estratégico del área clínica. Se asegura así una estructura que estimula la participación de los profesionales en el desarrollo y concreción de la misión y objetivos de la Unidad.

El Plan Estratégico se materializa en un instrumento donde de forma anual o plurianual se explicitan los objetivos y compromisos: Contrato de Gestión. Este contrato de objetivos y medios disponibles para su desarrollo se acompaña necesariamente de un presupuesto clínico de la unidad donde se realiza un énfasis en los ingresos que se destacan sobre el gasto.

Se consolida una nueva estructura organizativa en la cual los servicios y departamentos tradicionales son sustituidos por las unidades y áreas clínicas de gestión que en algunos casos adoptan una entidad jurídica definida. Estas unidades se constituyen por tanto como centros de responsabilidad agrupando a diferentes especialidades en torno a procesos comunes. En cada organización, los profesionales de las diferentes especialidades y categorías deben intervenir en la reflexión para la concreción de las unidades

Las formas organizativas adoptadas deben estar basadas en el conocimiento clínico, así como en las necesidades de los profesionales para conseguir resultados asistenciales óptimos, proporcionando la calidad adecuada en la atención a los pacientes.

En esta estructura organizativa de unidades clínicas se produce obligadamente un replanteamiento de las funciones tradicionales de la estructura directiva central. La delegación de responsabilidades en las Direcciones Clínicas determina una reestructuración y redefinición de las funciones. De forma frecuente se reorientan sus funciones a asegurar la coherencia y coordinación del sistema de unidades clínicas, controlar y evaluar los resultados, y promover el desarrollo de nuevos proyectos

de gestión. Se encargan también de consolidar las misiones de carácter general del centro.

Adoptan por lo tanto un papel transversal con un marcado carácter técnico y profesional clarificando las relaciones de las unidades con la Dirección General.

Señalaremos también el papel notable que adquieren las direcciones asistenciales en los procesos de transición hacia la organización de unidades clínicas. Sus funciones de facilitación de los procesos de reflexión, de consolidación de los sistemas de información clínicos y económicos para la toma de decisiones, de formación de los responsables, de armonización, y su compromiso con el desarrollo de la gestión clínica constituyen puntos clave para conseguir el éxito de la implantación de las unidades clínicas.

En la evolución observada hasta este momento se comprueba que no hay modelos definidos, existiendo una amplia variabilidad, (incluso el modelo francés más regulado dispone de flexibilidad) en la adopción de fórmulas organizativas. Cada organización debe realizar su propia reflexión y de acuerdo con sus rasgos principales decidir el modelo de estructura central más adecuado para gestionar una organización sanitaria basada en unidades clínicas de gestión.

El papel básico de las Direcciones asistenciales está dirigido fundamentalmente a su función de liderazgo y de transformación de las organizaciones sanitarias en organizaciones de excelencia basadas en la descentralización y en la autonomía de gestión.

## Introducción

Los sistemas sanitarios experimentan de forma continuada y en la actualidad de manera aún más intensa graves tensiones y problemas. La práctica clínica se realiza en un entorno muy complejo donde actúan e interactúan diferentes variables: perfil cambiante de enfermedades, cronicidad y comorbilidad, el impacto de la tecnología en los procesos de diagnóstico y tratamiento, el aumento del conocimiento, los cambios sociales

y el propio papel del ciudadano paciente. La naturaleza aceleradamente cambiante de los factores señalados complica aún más el escenario de trabajo.

A lo largo de las últimas décadas las sucesivas reformas sanitarias han intentado responder a los desafíos que la propia evolución de la sociedad, de la salud y de las actuaciones sanitarias han planteado.

Consideramos, de una forma sencilla, que un buen sistema de salud es aquél donde se obtienen los mejores resultados en calidad y cantidad con los recursos económicos que los ciudadanos deciden dedicar para su consecución.

Para conseguir esta meta se conjugan habitualmente tres tipos de variables. En primer lugar la cobertura: universal o por grupos específicos. En segundo lugar, la provisión: pública, privada o mixta. Finalmente, la financiación de los servicios sanitarios: pública, privada o mixta. La combinación que se decida de estas variables determina el tipo de modelo y estructura sanitaria. Su consideración es por tanto clave y determina diferentes modelos de gobierno de la sanidad que se extienden desde los modelos de planificación a los modelos de mercado con situaciones intermedias.

Los modelos tradicionales se caracterizan por su gobierno centralizado y sometido a planificación y regulación. Los de mercado por la competencia y la concurrencia y finalmente los modelos de redes por la cooperación y codecisión.

En los discursos de reforma sanitaria, el crecimiento rápido, continuado y sostenido del gasto sanitario ha sido un argumento central que ha venido siendo acompañado de los problemas relacionados directamente con los cuidados. En este último aspecto, se ha señalado a la variabilidad en la práctica clínica con el reconocimiento de actuaciones e intervenciones inadecuadas y/o excesivas, como un elemento característico del desarrollo

*Los modelos tradicionales se caracterizan por su gobierno centralizado y sometido a planificación y regulación*

de la gestión operativa en los servicios sanitarios. Además, en el listado de factores se señalan también la falta de coordinación y complementariedad entre profesionales e interniveles, etc... Como resultado, las colas y tiempos de espera para los pacientes, la atención inadecuada e impersonal, el aumento del gasto sanitario, etc.

El enfoque adoptado para la resolución de estos problemas y de los objetivos a alcanzar ha venido determinado desde fuera del propio sector sanitario. Este abordaje ha ocasionado habitualmente un conflicto de objetivos. Así han colisionado la equidad en el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios con la necesidad de limitar el gasto sanitario o la adecuación de los servicios a la necesidad de los ciudadanos y la capacidad financiera del sistema.

Los modelos de atención sanitaria que se han sucedido en los últimos 40 años han venido muy determinados por un eje conductor: el gasto sanitario.

Pero al mismo tiempo, la práctica clínica ha experimentado un profundo y rápido proceso de transformación. La evolución del conocimiento médico y el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos soportados por el crecimiento exponencial, rápido y constante de la tecnología, ha sido la característica de este periodo.

Es evidente que práctica clínica y los modelos de organización sanitaria donde se realiza la primera mantienen una estrecha interdependencia. Se produce así, una relación compleja y difícil entre las decisiones que deben adoptar los médicos y las organizaciones donde desarrollan su trabajo. Esta estrecha relación presenta tensiones dependiendo del tipo de políticas sanitarias que afectan a los establecimientos sanitarios.

Las organizaciones sanitarias están siendo sometidas a importantes modificaciones que afectan a los procesos de

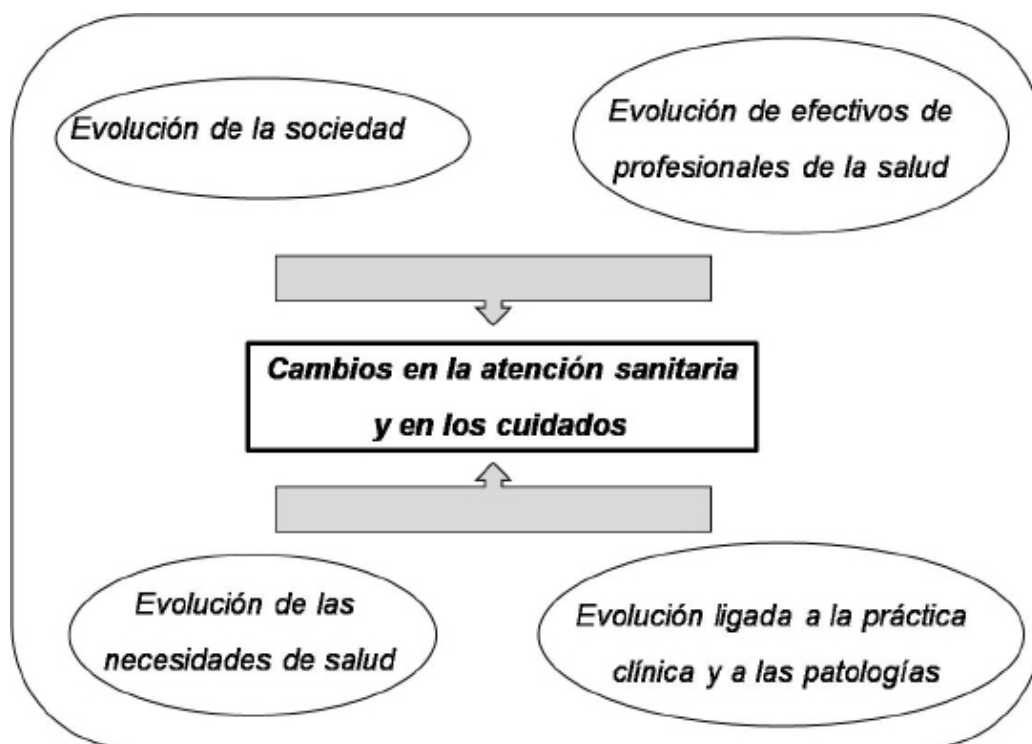
*Las organizaciones sanitarias están siendo sometidas a importantes modificaciones que afectan a los procesos de prestación de cuidados sanitarios*

prestación de cuidados sanitarios y que se trasladan a la actitud de los profesionales y a las expectativas de los ciudadanos.

Como señala Albert Jovell,<sup>1</sup> se han producido importantes transformaciones que afectan a la:

- Aparición de un nuevo tipo de paciente y ciudadano en relación con la salud.
- Cambios en la estructura laboral de las profesiones sanitarias.
- Transformación del conocimiento médico y aumento de su complejidad.

Así mismo, nos encontramos con un nuevo modelo de enfermo donde la cronicidad es el rasgo dominante. El manejo clínico está basado en un abordaje interdisciplinar y en la provisión extensiva y continuada de cuidados. Este conjunto resumido de factores, anteriormente expuesto, han determinado importantes transformaciones que afectan al modelo organizativo.



La práctica clínica está sustentada sobre la base de valores compartidos comunes de los profesionales que se incorporan como tales a las organizaciones sanitarias. Los médicos rechazan por tanto las estructuras jerárquicas basadas en la racionalidad burocrática y el gobierno de mando y control. En función de los propios rasgos de su actividad entienden una gestión horizontal a través de redes complejas.

Las formas organizativas deben adecuarse a las características y necesidades de los profesionales y éstos a su vez a los pacientes y procesos de enfermedad.

Las formas organizativas deben:

- Facilitar a los profesionales el desarrollo integral de los cuidados
- Asegurar la excelencia profesional en la toma de decisiones
- Consolidar el conocimiento como eje básico de los procesos de atención.

---

## **1. Una aproximación inicial al rol de la Dirección Clínica.**

---

La Dirección Médica ha sido el núcleo clave en el proceso de gestión operativa asistencial con un papel añadido en aspectos del hospital ligados fundamentalmente a la gestión económica.

En la actualidad se está produciendo una lenta transformación en el papel clásico de la Dirección Médica en las organizaciones sanitarias. Este replanteamiento está relacionado con su evolución en el seno de éstas y fundamentalmente con los profundos procesos de cambio en la práctica clínica que han afectado y obligado a su redefinición.

Como veremos a continuación los profesionales médicos han considerado frecuentemente que los directores médicos de los

*Los médicos rechazan por tanto las estructuras jerárquicas basadas en la racionalidad burocrática y el gobierno de mando y control*



hospitales se encontraban limitados en sus funciones por la estructura jerárquica piramidal donde la Dirección Gerencia era la responsable de la decisión final.

Se añaden algunos otros elementos que han provocado también tensiones con los profesionales médicos. Así, ha sido reconocido de forma habitual que los profesionales encargados de las direcciones médicas debían disponer en su currícula de una reconocida trayectoria asistencial y docente. Sin embargo, desde la experiencia de las organizaciones, los casos donde se ha cumplido este criterio han sido escasos y limitados.

Por lo tanto, la figura de la Dirección Médica no ha dispuesto del papel de liderazgo con el cuerpo facultativo que debería haber sido habitual en el desarrollo de su trabajo. Estas características de la DM en los hospitales públicos, han determinado una alta rotación de estos profesionales con una importante inestabilidad en el área médica, como señalaba ya J. Cuervo <sup>2</sup>.

Dentro de las dificultades para el ejercicio de esta tarea se señala la inexistencia de una definición clara de las funciones a realizar, la falta de un papel angular en la definición de objetivos, la inexistencia de un proyecto estratégico para el centro, la ausencia de incentivos y carrera profesional, etc...

---

## **2. Evolución de las estructuras directivas en las organizaciones sanitarias. Las funciones de la Direcciones Asistenciales.**

---

A continuación realizaremos una breve evolución histórica del rol de la dirección clínica a lo largo de los últimos 50 años. Como observaremos esta evolución ha estado determinado tanto por factores externos como internos de las propias organizaciones de cuidados

## **2.1. Las primeras estructuras directivas en Hospitales.**

---

Desde los años 40 hasta mediados de los 60 en las instituciones hospitalarias domina la figura de un Administrador (Intendente) responsable del presupuesto y del control del gasto, así como de las funciones logísticas y de mantenimiento. Los médicos actúan individualmente con sus pacientes, no existiendo ninguna estructura organizativa definida.

## **2.2. La Dirección Médica responsable del centro hospitalario.**

---

En los años 70 surge la Dirección Médica. El incremento y diversificación de las tareas médicas plantea la necesidad de organizar y planificar la actividad asistencial. La Dirección Médica asume la responsabilidad del centro junto con el Administrador y la Jefatura de Enfermería. Los médicos se estructuran en Servicios y especialidades básicas que de forma rápida y progresiva van desarrollándose.

## **2.3. La Dirección Médica en el modelo gerencial.**

---

En los años 80 en el escenario sanitario surge como elemento central de las políticas de reforma, el control del gasto sanitario. La recesión económica provoca una fuerte desaceleración del crecimiento del gasto público. Esta presión financiera, como señala Saltzman, provocó como resultado la insatisfacción tanto de pacientes como de profesionales sanitarios. Para los enfermos por el desarrollo progresivo de las listas de espera y la falta de respuesta del sistema sanitario hacia sus necesidades. Para los profesionales por la falta de participación en el proceso de toma de decisiones y la no consideración de la práctica clínica como uno de los elementos claves de la actuación sanitaria.

*En los años 80 en el escenario sanitario surge como elemento central de las políticas de reforma, el control del gasto sanitario.*

La fuerte presión realizada sobre el control del gasto sanitario se tradujo en el desarrollo de medidas dirigidas al control de la utilización de recursos sanitarios que afectaron a la propia práctica médica. El informe Griffiths <sup>3</sup> y las reformas incluidas en el mismo introducen el modelo de gestión gerencial. Este modelo trata fundamentalmente de controlar y reducir el gasto sanitario, "producir más con menos recursos".

El modelo gerencial establece una nueva estructura de funcionamiento, divisional y funcional, de carácter jerárquico y piramidal, con tres divisiones: médica, de enfermería y de gestión. Las reformas propuestas desarrollaron actuaciones sobre el control de la oferta de servicios que llevaron a presupuestos cerrados, reducción de inversiones, disminución del número de camas, etc.

En España el modelo gerencial se inicia en Cataluña en los años 1983 y 1984 y en el territorio gestionado por INSALUD en el 85-86. Se define formalmente con el Decreto 521/1987.

En este modelo se asigna a la Dirección Gerencia la autoridad y las competencias para la toma de decisiones en todos los ámbitos. El papel de la Dirección Médica, en este esquema de trabajo, se vio claramente limitado asumiendo con dificultad el encaje en la organización.

Este enfoque provoca una fuerte tensión en la relación entre clínicos y políticos/gestores. Surge inclusive una terminología que explicita la naturaleza del conflicto, "ellos y nosotros", "los médicos y la administración". En el Reino Unido se habían producido años antes, afirmaciones frecuentes en los diferentes medios profesionales médicos. Así, en el BMJ aparecía la afirmación "solo los malos médicos se dedican a la gestión".

Sin embargo y en línea con las propuestas del modelo gerencial se introducen los sistemas de medida de la actividad, que permiten el análisis y revisión de la producción hospitalaria.

*El modelo gerencial establece una nueva estructura de funcionamiento, divisional y funcional, de carácter jerárquico y piramidal, con tres divisiones: médica, de enfermería y de gestión.*

La aplicación de esta metodología supuso el inicio de un nuevo lenguaje basado en datos e indicadores entre los responsables de la gestión hospitalaria de los centros y la estructura central. Pero, a nivel interno esta formulación se llevo a cabo con gran lentitud y dificultad.

El desarrollo de sistemas de medición de la actividad hospitalaria a través de indicadores fue sin embargo, uno de los elementos más positivos de este periodo. Estos datos e indicadores se incorporaran como elementos básicos en los denominados Contratos de Gestión que se elaboraban anualmente entre los centros hospitalarios y la estructura central. Al vincular y relacionar directamente la actividad realizada en términos de producción asistencial, de formación, de investigación, con el presupuesto de los centros sanitarios se intentaba conseguir cambios notables en la cultura de gestión. Este enfoque obligó al desarrollo y potenciación de los sistemas de información, tanto de actividad como económicos. para permitir relacionar costes y actividad.

Se introduce también en este nuevo concepto, la evaluación de la calidad como dato imprescindible. Se adopta el modelo de Donabedian, de estructura, proceso y resultados y se desarrollan en los hospitales las comisiones de calidad y responsables específicos para su desarrollo. La implicación de las Direcciones Médicas en el desarrollo de la calidad en los centros no tuvo sin embargo un papel central en sus actuaciones.

La Dirección Médica en el contexto gerencial no ejercía funciones de liderazgo de los servicios médicos a la hora de establecer los objetivos del centro, estando muy supeditada su labor a la Dirección Gerencia y a las decisiones adoptadas en la estructura central. La falta de confianza en los responsables médicos y el principio que subyace en el modelo gerencial de que los directivos son " los que saben lo que hay que hacer " y los que ordenan a los profesionales sanitarios las formas de actuación en su trabajo

*La Dirección Médica en el contexto gerencial no ejercía funciones de liderazgo de los servicios médicos*

debilitó notablemente el papel de las direcciones médicas.

*Cuadro resumen: Evolución del papel del directivo en los hospitales españoles*

<b>Evolución histórica</b>	<b>Tipo de dirección</b>	<b>Tipología del personal médico</b>	<b>Tipología del equipo de gestión y enfermería</b>
1940/1970	Administrador	Médicos con funcionamiento individual	Enfermería depende del profesional médico. Administración tradicional
1970/1985	Director médico	Servicios médicos	Jefatura de enfermería dependiente de Dirección médica. Técnicos de gestión
1985/1990	Dirección gerencia	Servicios con estructura jerárquica	Dirección de enfermería. Dirección gestión y servicios generales
1990/2000	Gestión y Gobierno clínico	Unidades Gestión clínica. Areas clínico funcionales e Institutos	Consolidación Dirección enfermería. Areas técnicas de gestión
2000....	Director general y directores clínicos	Areas de actividad clínica	Directores de áreas de enfermería. Organo de apoyo central a la gestión

### **3. La evolución de los modelos organizativos en los años 90.**

Durante los años 90 se desarrollan en el ámbito anglosajón importantes procesos de reforma en los procesos de financiación y provisión de cuidados y en la relación entre atención primaria y especializada para cuyo conocimiento remitimos al lector a los capítulos precedentes.

Señalaremos aquí, aquellos aspectos que afectan al propio desarrollo del ejercicio de la práctica médica. En este periodo se produce en el ámbito de los profesionales médicos una fuerte preocupación sobre la calidad de las actuaciones clínicas, la variabilidad de las decisiones, las prácticas inadecuadas y la

calidad de los resultados. Se configura una nueva metodología de trabajo clínico soportada sobre la medicina basada en la evidencia y desarrollada por la aplicación de protocolos, guías y vías clínicas. Los profesionales consideran que las actuaciones médicas con los enfermos solo se legitiman desde una práctica profesional basada en la calidad y la excelencia de las decisiones clínicas.

Este proceso de reflexión ocasiona un impacto notable sobre el cuestionamiento del modelo de gestión en las organizaciones sanitarias. Se considera que las características que se adopten en el modelo organizativo condicionan aspectos claves que afectan a la práctica médica y consecuentemente a la calidad y los resultados clínicos. La utilización correcta de los recursos no es suficiente por sí misma y exige al mismo tiempo la calidad técnico asistencial y la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos.

El modelo gerencial de carácter divisional y funcional como señalábamos antes, respondía a un concepto taylorista de la empresa sanitaria. Este enfoque provoca algunas líneas de fractura en el proceso de atención. Así, la empresa hospitalaria es una empresa de servicios basada en el conocimiento con elevada capacidad de decisión de los profesionales y con la calidad como centro del sistema. El modelo taylorista no reconoce al conocimiento clínico como base de la actividad en las organizaciones sanitarias. Ello limita notablemente la consecución de los resultados deseados en la aplicación del modelo gerencial.

Sin embargo, ya Fetter <sup>4</sup> señalaba, dentro de su análisis de los Grupos Relacionados de Diagnóstico, como en un hospital existen dos etapas bien diferenciadas:

- **Primera etapa.** Transformación de recursos humanos y materiales en productos intermedios (intervención quirúr-

*La empresa hospitalaria es una empresa de servicios basada en el conocimiento con elevada capacidad de decisión de los profesionales y con la calidad como centro del sistema.*

gica, día de estancia hospitalaria, consulta, etc...). Aquí la eficiencia es el indicador de seguimiento.

- **Segunda etapa.** Utilización de los productos intermedios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. En esta etapa la efectividad clínica se constituye como el indicador fundamental de medida de los resultados.

Pues bien, Fetter afirmaba que las diferencias observadas en los costes entre hospitales se explicaban en un 10-20% por diferencias atribuibles a la primera etapa, mientras que en la segunda se producían el 80-90% de las diferencias.

La consecuencia es clara es el conocimiento de los profesionales y la capacidad de adoptar decisiones clínicas diferentes lo que motiva y ocasiona las diferencias significativas entre hospitales.

Podemos concluir que el modelo gerencial no es adecuado para una empresa de servicios basada en el conocimiento clínico.

*El modelo gerencial no es adecuado para una empresa de servicios basada en el conocimiento clínico.*

## **4. Funciones de las Direcciones Asistenciales en el modelo gerencial.**

### **4.1. Un breve repaso a la función directiva en el ámbito de la Dirección Médica.**

La Dirección Médica asume el esquema clásico de la teoría Fayol de cinco funciones directivas: Planificación, Organización, Coordinación, Mandato y Control. Se trata por tanto de decidir qué hacer y qué métodos utilizar para conseguir realizar los objetivos planteados, diseñar la estructura formal, crear equipos, dirigir las operaciones y logística asistencial, controlar a través de sistemas de información fiables que permitan la evaluación de resultados y tomar las decisiones oportunas.

Si utilizamos la teoría de roles propuesta por Mintzberg<sup>5</sup>

observamos tres tipos de roles:

- Roles interpersonales: Cabeza visible, líder y enlace.
- Roles informativos: Monitor, difusor y portavoz.
- Roles de decisión: Decisión y negociación.

La Dirección Médica tiene como misión fundamental la de ser líder y cabeza de los profesionales clínicos.

En cuanto al tipo de metodología de actuación utilizable consideramos, de forma esquemática tres tipos de Dirección: Dirección por tareas y programas, Dirección por objetivos y Dirección por valores.

La dirección por tareas es adecuada para organizaciones de baja complejidad y escasa cualificación profesional. En el medio hospitalario a veces la DM ha sido desplazada a este tipo de Dirección por la intervención exhaustiva de la Dirección Gerencia en la definición de objetivos y valores del Área Médica.

La dirección por objetivos (DPO) es una potente herramienta para la DM. Mediante el establecimiento de objetivos generales de Hospital y específicos para cada uno de los servicios y unidades permite la consecución de los resultados esperados. Además introduce en la organización una cultura de evaluación y análisis de los resultados. Esta cultura permite la responsabilización de los profesionales en la gestión y el inicio de un proceso de descentralización. El desarrollo de los sistemas de información y medida de los resultados fue el elemento necesario que se desarrolló de forma notable en este período.

Finalmente la Dirección por valores trata de alinear los valores del hospital con los valores individuales de los profesionales que componen la organización. Es una herramienta de liderazgo estratégico. Aquí, el rol de la DM como líder de una organización de carácter horizontal y con delegación de responsabilidades

*El rol de la DM como líder de una organización de carácter horizontal y con delegación de responsabilidades en las unidades es clave*



en las unidades es clave. Sin embargo en este período esta aproximación se mantuvo en el ámbito de la teoría con solamente aplicaciones de carácter ocasional.

En las organizaciones sanitarias el núcleo operativo constituye la base fundamental. Es ahí, donde se realiza un trabajo complejo por profesionales especializados con similares conocimientos y habilidades. Constituye un modelo de burocracia profesional altamente cohesionado con estandarización de procedimientos y habilidades y comparación de resultados. En el ámbito de la DM las decisiones fundamentales estratégicas provienen del núcleo operativo.

---

#### **4.2. El rol de la Dirección Médica en la normativa y su desarrollo.**

---

Este esquema teórico es el que formalmente incorpora a la Dirección Médica en el modelo gerencial dentro de un plan de valores y objetivos. Así, en la orden de 1985 de la Generalitat de Cataluña se establecían las siguientes funciones:

- Dirigir, coordinar y evaluar las actividades clínicas del hospital.
- Realizar el seguimiento de las actividades de los servicios y unidades y proponer medidas de mejora.
- Coordinar la gestión de los recursos y establecer las directrices del trabajo asistencial.

A estas funciones se añadieron en el curso del tiempo y como resultado del desarrollo de los contratos de gestión y la aplicación de la metodología de dirección por objetivos nuevas funciones como:

- Establecimiento de los objetivos del hospital, tanto globales a nivel de organización como para cada uno de los servicios.

- Evaluar los resultados obtenidos a nivel asistencial, tanto cuantitativos como cualitativos.
- Desarrollar y potenciar la calidad asistencial sistematizando su aplicación.
- Incorporar a los responsables clínicos en la gestión y en el proceso de toma de decisiones.
- Evaluar los resultados obtenidos en formación, docencia e investigación.
- Promover y desarrollar la formación continuada del personal médico, estimulando el desarrollo científico y técnico.
- Desarrollar una metodología de evaluación del uso de la tecnología diagnóstica y terapéutica.
- Estimular y plantear procesos de coordinación e integración de actividades con atención primaria.

**En el Anexo 1,** se contemplan las bases conceptuales de la nueva gestión y de gobierno clínico, así como el modelo organizativo que se deriva de estos procesos de cambio, constituyendo unidades clínicas de gestión. Así mismo se plantean las bases y el desarrollo de la gestión clínica en el ámbito hospitalario.

## **5. Criterios para el desarrollo y transformación de un hospital en un sistema de unidades de gestión clínica.**

La implantación y desarrollo de sistemas de gestión clínica a nivel hospitalario exige un plan de trabajo definido. El rol de la dirección asistencial en este periodo de implantación, como veremos más tarde, es de singular importancia.

En primer término, es necesario abordar un *cambio de la cultura organizativa*. El sistema de unidades clínicas exige un

*La implantación y desarrollo de sistemas de gestión clínica a nivel hospitalario exige un plan de trabajo definido*

enfoque nuevo de la organización basado, como señalábamos anteriormente, en una cultura que incorpore el liderazgo, el trabajo en equipo, la facilitación de los procesos, la autonomía de las decisiones, etc... Este tipo de actuaciones encuentran un obstáculo importante si se mantiene el enfoque y estructura jerárquica habitual. La jerarquía debe ser transformada de forma radical abordando uno nuevo sistema organizativo donde se garantice el trabajo en equipo, la horizontalización y la responsabilidad en la toma de decisiones.

En segundo lugar el *compromiso* de todos o al menos la mayoría de los miembros que forman parte de la unidad en la asunción de responsabilidades en el proceso de trabajo.

Para caminar en el proceso de implantación cada unidad de gestión clínica debe disponer de un *plan de gestión* (Plan de Empresa), bien definido con horizontes a corto, medio y largo plazo. Este plan debe estar rigurosamente elaborado y sometido a la revisión y propuestas de todos los miembros integrantes de la unidad. En este punto la dirección asistencial debe conseguir la coherencia de los planes de gestión individuales de cada una de las unidades de gestión entre sí y con el plan general del hospital.

Ha sido habitual, como hemos visto, que las áreas y unidades de gestión dispusieran de los elementos y características descritos, salvo la posibilidad de manejar un presupuesto clínico. Sin embargo, éste es un criterio básico, porque los objetivos deben estar dispuestos en términos de resultados, calidad y coste y de los recursos empleados para alcanzarlos. Por lo tanto disponer de un presupuesto clínico propio no es un elemento más, sino la propia concreción de la GC.

Debemos añadir además, la gestión de los recursos humanos y por tanto la capacidad de tomar decisiones en este campo, incorporando la selección, asignación de tareas y privilegios, la formación continuada y la incentivación.

*Disponer de un presupuesto clínico propio no es un elemento más, sino la propia concreción de la GC.*

Cuadro Resumen

<b>Unidades de Gestión Clínica: criterios de implantación</b>
Enfoque de la organización basado en la descentralización y la autonomía
Compromiso de corresponsabilidad de todos o de la mayoría de los componentes
Plan de empresa: plan de gestión de la unidad
Metodología de trabajo basada en el rediseño y mejora de los procesos
Presupuesto clínico y sistemas de retribución e incentivación
Focalización en el ciudadano: externo e interno
Gestión de recursos humanos
Sistema de información integral que permita la autoevaluación

**6. La Definición de la organización como sistema de unidades clínicas. Tipos de Unidades de Gestión Clínica.**

Las unidades de GC. están configuradas por la agregación de servicios y/o de especialidades diferentes con procesos comunes. Es por tanto esta definición la que determina la configuración de las áreas asistenciales de gestión. En esta etapa el papel de la dirección asistencial reflexionando junto con los profesionales para decidir en cada hospital cuales son las unidades y los servicios a incluir en ellas es un papel fundamental.

Las *unidades por agregación* consisten en la fusión de varios servicios con especialidades afines y procesos comunes. Los ejemplos son muy variados y se viene utilizando la terminología de *unidad de gestión clínica* para aquellos que están compuestos únicamente por un servicio y áreas de gestión clínica, áreas funcionales de gestión o institutos en aquellos otros casos en los que se produce la fusión de varios servicios y áreas afines.

En nuestro medio, los primeros desarrollados fueron las áreas o institutos del corazón, donde confluían cardiólogos, cirujanos cardiacos y vasculares y cardiólogos rehabilitadores. Existen otros ejemplos como el Area Clínica del aparato locomotor con la integración de traumatología, reumatología y rehabilitación

*Las unidades de GC. están configuradas por la agregación de servicios y/o de especialidades diferentes con procesos comunes.*

o el área Hepatobiliopancreática con la integración del servicio de Digestivo y Hepatología con Cirugía Digestiva y Radiología intervencionista, o el área funcional del Cerebro con la inclusión del servicio de Neurología, Neurofisiología, Neurocirugía y Neurorehabilitación.

La CC.AA de Andalucía en su Decreto considera cuatro tipos de Unidades de Gestión Clínica en función de su ámbito de actuación:

- Unidad de Gestión Clínica de Atención Primaria (en un solo centro).
- Unidad de Gestión Clínica de Atención Hospitalaria (en un centro hospitalario).
- Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (integrando los dispositivos de un área).
- Unidad de Gestión Clínica Intercentros (en un mismo nivel asistencial).
- Unidad de Gestión Clínica interniveles (con la participación de A. Primaria y Especializada).

*En los hospitales de pequeño tamaño pueden crearse áreas más sencillas como por ejemplo, área de cirugía, área de medicina.*

*No existe por tanto, una estructura o planteamiento de unidades clínicas de carácter general para todas las organizaciones sanitarias.*

En los hospitales de pequeño tamaño pueden crearse áreas más sencillas como por ejemplo, área de cirugía, área de medicina. En el caso específico de desarrollo de nuevos programas de actividad pueden ya concretarse como unidades de gestión específicas. Es posible y existen ejemplos al respecto, incorporar en las áreas de gestión, unidades de investigación diseñadas como tales.

La reflexión que determina en una organización hospitalaria las diferentes áreas y unidades está basada en la existencia de procesos comunes, con el consenso de los profesionales implicados. No existe por tanto, una estructura o planteamiento de unidades clínicas de carácter general para todas las organizaciones sanitarias. Algunos elementos comunes facilitadores son útiles

como la existencia de un área de hospitalización común, área de exploraciones y técnicas especiales compartidas, zona común de consultas externas, área de admisión común hospital de día compartido , etc...

<i>Tipos de Unidades Clínicas</i>	
Simple (un solo servicio)	Unidad Clínica
Complejas (agregación de servicios y unidades )	Áreas Clínico-Funcionales Institutos
Especiales (desarrollo de proyectos de nueva creación)	Unidades Mixtas
Interniveles (incorporan A. Primaria, Especializada y Sociosanitaria)	Unidad Gestión clínica integral

## **7. El Diseño y Rediseño de procesos como elemento transformador de la organización sanitaria.**

La consideración del proceso como unidad básica del trabajo operacional, frente al esquema clásico de funciones y tareas, representa implícita y explícitamente una nueva concepción de la práctica de los profesionales, cuyo impacto transformador puede llegar a ser radical en determinados contextos organizativos.

El concepto de proceso en las empresas de servicio se expresa como: "un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido."

Pero si nos acercamos a la consideración de proceso desde el enfoque de calidad desde la Norma ISO 9000:2000 observamos que " Un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados".

La gestión por procesos muestra "cómo" hacer las cosas "para" conseguir los resultados óptimos deseados.

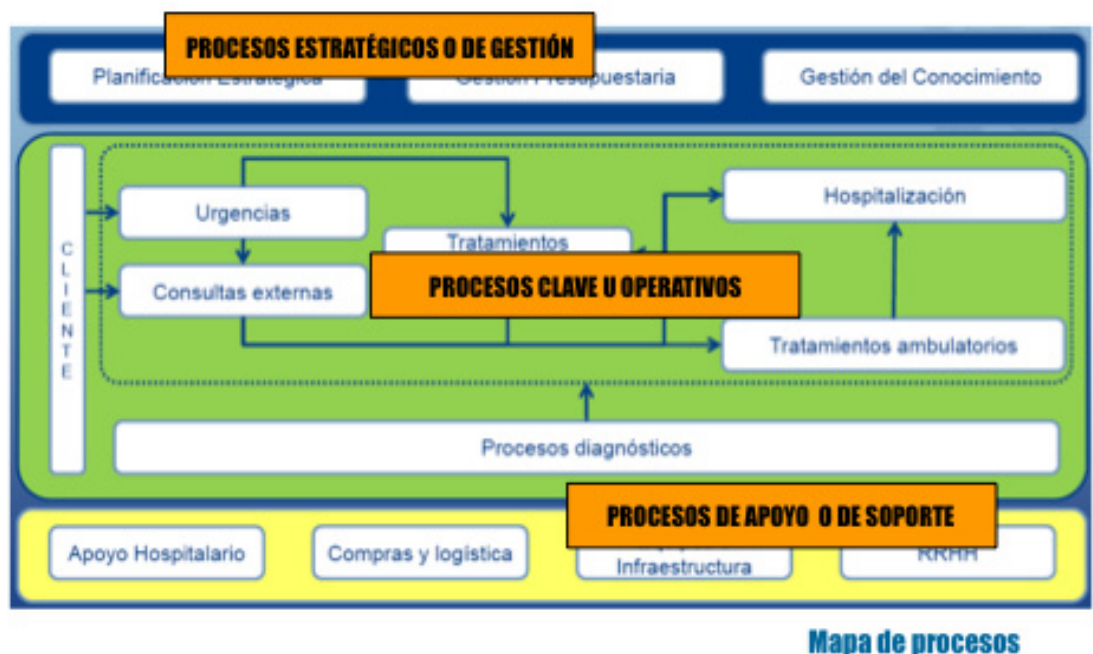
*La gestión por procesos muestra "cómo" hacer las cosas "para" conseguir los resultados óptimos deseados.*

La definición de proceso en cada unidad tiene como objetivos:

- Planificar una atención integrada de actividades que garantice la continuidad asistencial.
  - Mejorar la efectividad clínica utilizando las mejores evidencias disponibles. (Guías de Práctica Clínica, Vías Clínicas).
  - Centrar las actuaciones en el ciudadano y sus expectativas.
  - Implicar a todos los profesionales y niveles de la organización.
- \* Identificar procesos estratégicos, procesos clave y procesos de soporte.

Una de las etapas en el abordaje de la gestión clínica consiste en el análisis e identificación de los procesos clínicos.

Como ya señalábamos, una de las etapas en el abordaje de la gestión clínica consiste en el análisis e identificación de los procesos clínicos. La primera tarea consiste en realizar el catálogo y distribución de los procesos realizados estableciendo así el mapa de procesos de la unidad.



A continuación es necesario identificar cuales son los procesos clave determinantes de la respuesta global de la unidad. El proceso debe contemplarse en su integridad, por lo tanto se deben identificar las rutas y caminos realizados a lo largo del mismo. Además se incluyen las correlaciones internas entre ellos.

Los procesos de soporte y apoyo son aquellos que hacen posible el desarrollo de los procesos clave y constituyen el soporte del funcionamiento de la unidad.

Al final obtenemos el mapa de procesos de la Unidad, donde representamos la totalidad de los mismos. El flujo de actividad para cada proceso debe estar plasmado y concretado de tal forma que permita una visualización completa.

En cada proceso hay que señalar a cada uno/s de los responsables de las diferentes etapas: denominamos responsable o "propietario del proceso" al profesional concreto que tiene la responsabilidad de ejecución, supervisión y evaluación.

Una vez definidos cada uno de estos procesos hay que incluir los objetivos, actividades y los subprocesos que lo componen, añadiendo también las expectativas del paciente para cada uno de ellos.





Finalizado este análisis abordaremos los procedimientos de evaluación y mejora que permitan el rediseño de los procesos. Para ello se especifica un sistema de monitorización mediante indicadores que refleje claramente los objetivos, permitiendo su evaluación y autoevaluación.

Como resumen en el proceso de rediseño se incluyen los siguientes pasos:

- Revisar y analizar los procesos de la unidad: mapa de procesos.
- Identificar los procesos clínicos clave.
- Determinar los objetivos estratégicos para cada proceso.
- Determinar las expectativas del paciente en cada tipo de proceso.
- Monitorizar, evaluar y autoevaluar los resultados.
- Proponer actuaciones de mejora: rediseño.
- Mejorar la gestión operativa, simplificando aquellas estructuras intermedias que no aportan valor añadido.

Esta metodología es aplicable en estructuras simples y complejas.

Así mismo en el ámbito específico de enfermería podemos llevar adelante la identificación de los procesos y subprocesos relacionados con los procesos clave: consulta de enfermería, atención domiciliaria, unidad del pie diabético, cuidados de enfermería en UCI <sup>13</sup>.

**En el Anexo 2**, se analiza el desarrollo y la evolución de la gestión clínica en España, así como la experiencia en Francia de este tipo de modelos organizativos orientados al paciente que constituyen la base de modernización de la gestión hospitalaria.

## **8. El proceso de transformación de la Dirección Asistencial y su rol en un Hospital constituido por Áreas Clínicas Asistenciales.**

---

A lo largo del tema hemos revisado las diferentes posiciones y por lo tanto tareas que ha ido desempeñando la Dirección Médica y Asistencial en función de los cambios producidos en el entorno de gestión y en las formas organizativas.

La Gestión y Gobierno Clínico configuran un escenario de ruptura en los principios y valores que constituían su base de funcionamiento. La GC, como hemos ido señalando, supone un rechazo del modelo jerárquico de gobierno y control para su transformación en un modelo de funcionamiento en red con unidades dotadas de responsabilidad delegada y autonomía en la toma de decisiones.

Evidentemente este enfoque de profunda reestructuración necesita no sólo la configuración de las áreas clínicas sino también la construcción de un nuevo marco administrativo, económico y de gestión. Hay que dotar a la organización de un marco administrativo que permita la toma de decisiones por los Directores de unidad. Al mismo tiempo que se introducen de forma decidida transformaciones en el ámbito económico y en el manejo de los recursos humanos de las unidades.

Para acometer estas tareas es necesario prever un período de transición donde convivan los modelos tradicionales de administración y gestión con el nuevo modelo derivado de la GC. Este planteamiento táctico permite una evolución de la Dirección Asistencial tradicional hacia un nuevo tipo de dirección.

Este proceso de transformación tiene dos fases bien delimitadas. En primer lugar el rol de la Dirección Asistencial en el proceso de transformación del Hospital en unidades de gestión clínica. En la segunda etapa, una vez transformado el Hospital, en el

*Hay que dotar a la organización de un marco administrativo que permita la toma de decisiones por los Directores de unidad*

asunción de un nuevo papel caracterizado por su acción de carácter transversal en la Organización.

### **8.1. Primera Etapa: el rol de las Direcciones Asistenciales en el Proceso de implantación de las Áreas Clínicas Asistenciales.**

En la primera etapa la Dirección Asistencial debe asumir un papel de liderazgo en la transformación. Sus funciones van dirigidas a conseguir la coherencia interna y la armonización. Además de facilitar el proceso de reflexión de los servicios y los profesionales dirigido a la creación de las unidades de gestión clínicas.

En este sentido debe promover la gestión del cambio. Además tiene que convertirse en el interfaz entre el Hospital y las Áreas Clínicas garantizando la cohesión entre el proyecto y objetivos globales del Hospital y el Plan estratégico de cada una de ellas. Asimismo perfeccionar y desarrollar las herramientas de gestión, los sistemas de información imprescindibles para el manejo de indicadores de resultados (asistenciales cuantitativos y cualitativos, de calidad y económicos) que permitan la toma de decisiones. Finalmente impulsar la formación y aprendizaje de los responsables clínicos en las nuevas tareas.

Podemos estructurar de forma sistemática estas tareas en el nuevo modelo en tres ámbitos de actuación:

En el ámbito de los pacientes:

- Garantizar una oferta de cuidados de calidad en función de las características y especificidades de la organización y de las Áreas Asistenciales.
- Asegurar la accesibilidad a los cuidados y la continuidad asistencial para cada proceso.
- Agilizar los recorridos del paciente promoviendo y coordi-

nando actuaciones entre las Áreas Clínico Asistenciales en Atención Primaria , Hospital y sector sociosanitario.

En el ámbito del Hospital:

- Redefinir y refundar las misiones de la organización dentro del Comité Estratégico del centro, encargado del Plan.
- Promover, estimular y controlar el desarrollo del programa de implantación de la Gestión Clínica.
- Asegurar la aplicación de los mecanismos de reclutamiento de profesionales, selección y formación.
- Analizar y evaluar los resultados obtenidos en el transcurso de la implantación junto con los Directores Clínicos de cada unidad.
- Garantizar el funcionamiento de los programas específicos de prevención y salud pública de la organización.
- Promover, visualizar y proponer la cooperación con otras organizaciones sanitarias del entorno.
- Intervenir en la redacción y estructuración de los Contratos anuales de Gestión.

En el ámbito de los profesionales sanitarios:

- Valorar y reconocer los equipos y las personas integrantes de las unidades.
- Recentrar la organización sobre los Proyectos de cada unidad y sobre los objetivos incluidos.
- Garantizar los incentivos profesionales y económicos durante el proceso de transición.
- Promover la formación de los profesionales en instrumentos y herramientas para el abordaje de la Gestión Clínica.

- Facilitar y estimular la cohesión entre las diferentes categorías integrantes de cada unidad

En esta primera etapa la articulación entre las Áreas de Gestión Clínica y las instancias de decisión de la organización es clave y el papel de la Dirección Asistencial como facilitador de los acuerdos muy importante.

## **8.2. Segunda Etapa. Las organizaciones sanitarias como sistema de unidades clínicas.**

Una vez finalizado el proceso de implantación nos encontramos con una organización nueva de carácter horizontal con descentralización de funciones y responsables específicos. En este modelo tanto la Dirección Asistencial como la Dirección de Enfermería deben transformarse y asumir funciones nuevas.

En el modelo de estructura organizativa planteado por la GC podemos adoptar dos tipos de modelos de organización.

### **8.2.1. Integración de la Dirección asistencial en el modelo de Direcciones clínicas.**

El primero de carácter más conservador, mantiene la figura de Dirección médica asistencial y la Dirección de Enfermería encajando las funciones de cada uno de ellos con los Directores de Área Clínico Funcionales.

En este modelo la Dirección médica incorpora ámbitos de conocimiento relacionados con la información clínica, la morbilidad, la epidemiología y el análisis y evaluación de resultados. También aquellos otros relacionados con la gestión de recursos humanos, la formación, acreditación, la contabilidad analítica y presupuestaria y elementos relacionados con la logística general del centro. A estas tareas hay que añadir las

*Una vez finalizado el proceso de implantación nos encontramos con una organización nueva de carácter horizontal con descentralización de funciones y responsables específicos.*

*En este modelo la Dirección médica incorpora ámbitos de conocimiento relacionados con la información clínica, la morbilidad, la epidemiología y el análisis y evaluación de resultados.*

relacionadas con la investigación y los programas y proyectos del desarrollo del centro.

En este nuevo enfoque la Dirección asistencial debe aportar a los Directores de Unidad aquellos elementos relacionados con la gestión de cuidados que permitan la consecución de la efectividad clínica y de la eficiencia.

La calidad como elemento clave se incorpora a la visión de la Dirección asistencial desde una perspectiva integral donde se contemplan los objetivos de las diferentes unidades clínicas y los generales del centro.

Una función de la Dirección Médica en este esquema es la de mantener y conseguir el cambio cultural de los profesionales sanitarios y la consolidación del modelo de gestión clínica garantizando la calidad de la asistencia y el enfoque final centrado en el paciente.

Se entiende por tanto la Dirección asistencial como una estructura sencilla muy ligada al trabajo de los directores clínicos de cada una de las unidades y por lo tanto del Comité de Dirección donde se encuentren representados todos aquellos. Desaparece por lo tanto la estructura directiva habitual de varias subdirecciones funcionales. Son los directores clínicos de cada unidad los que constituyen la estructura directiva de la Dirección médica.

En el esquema siguiente podemos observar las interrelaciones entre las diferentes direcciones.

*Una función de la Dirección Médica en este esquema es la de mantener y conseguir el cambio cultural de los profesionales sanitarios*

Direcciones	Enfermería	Recursos Humanos	Sistemas Información	Gestión	Ingeniería y Mantenimiento
Médica	Coordinación Planificación Ejecución	Selección Formación Facilitación	Información clínica	Logística Soporte Organización Costes	Logística
Clínico de Area funcional	Coordinación Planificación Ejecución	Selección Formación Facilitación	Información clínica	Logística Soporte Costes	Logística
Jefe de Servicio	Supervisión Ejecución	Logística	Información clínica	Logística Costes	Logística
Facultativos	Ejecución		Información clínica	Logística Costes	Logística

En este planteamiento de la organización sanitaria sigue siendo necesaria la existencia de una Dirección asistencial como eje del funcionamiento permitiendo así evitar la fragmentación del conjunto hospitalario, garantizando la cohesión en tres las diferentes áreas clínicas. Además permite un abordaje que consolida la coherencia, consistencia y coordinación entre las diferentes áreas. Es importante el desarrollo de un programa de calidad y una visión a nivel global de la organización del uso y evaluación de las nuevas tecnologías.

## 8.2.2. Transformación de las Direcciones Asistenciales

En esta alternativa se produce una ruptura definitiva con el modelo jerárquico divisional y se opta definitivamente por un modelo descentralizado de carácter horizontal donde los directores clínicos de cada área se responsabilizan en los resultados y en la utilización de los recursos.

Aquí, la figura de Director de coordinación entre las diferentes unidades de carácter transversal, fundamentalmente dirigida a mantener la coherencia y garantizar la cooperación es la figura

más aproximada a la antigua Dirección asistencial.

De la misma manera la Dirección de enfermería desaparece de sus funciones de gestión y logística habitual para asumir funciones profesionales y técnicas. Este esquema es el que se ha utilizado en la nueva gobernanza de hospitales de la reforma francesa. En esta nueva estructura el Comité estratégico de dirección del centro presidido por el Director Gerente tiene como misión elaborar el proyecto estratégico general, conseguir los recursos financieros, controlar los riesgos y asegurar la calidad en la atención al paciente, supervisando y coordinando a las diferentes áreas clínicas.

A nivel de las áreas clínico funcionales se incluye como elemento de coordinación el Comité de Dirección de unidades clínicas, donde participan todos los responsables de las diferentes áreas. La Dirección de coordinación se incorpora como elemento que garantiza, como ya señalábamos, la coherencia y consistencia del modelo.

La Dirección de enfermería se transforma en una Dirección dedicada a la formación, acreditación y selección de los profesionales de enfermería y a la evaluación y seguimiento de los cuidados de enfermería . A ello se añade el diseño y control de las carreras evolutivas de los profesionales de enfermería. Se plantea por tanto una estructura mas horizontalizada compuesta por el Director Gerente, un Director financiero, un Director de Recursos Humanos, los Directores de las Areas Clínicas y la posibilidad de incluir un Director de coordinación de los cuidados.

Sin embargo lo que constituye el núcleo fundamental en la GC es la participación responsable de los profesionales en la gestión y el papel de los Directores Clínicos como líderes capaces de lograr la excelencia.

*Lo que constituye el núcleo fundamental en la GC es la participación responsable de los profesionales en la gestión y el papel de los Directores Clínicos como líderes capaces de lograr la excelencia.*



## Referencias bibliográfica

1. Jovell A, Navarro MD. *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y contrato social*. Fundación Alternativas. Informes Madrid 2006.
2. Cuervo JI. *El rol del director médico como directivo de centros sanitarios*. *Gaceta Sanitaria* 1991; 25: 174-78.
3. Griffiths R. *NHS Management inquiry report* London DHSS, 1983.
4. Fetter RB. *Diagnosis Related Groups: products linemanagement within hospitals*. *Academy of Management Review* 1986; 11 (1): 41-54.
5. Mintzberg H. *La estructura de las organizaciones*. Editorial Ariel. Barcelona 1995.
6. White T. *Gestión Clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Ed. Masson, Barcelona 1997.
7. Del Llano J. *Gestión Clínica. Capítulo I*. Fundación Gaspar Casal Madrid. 2011. <https://www.fundaciongrunenthal.es>
8. Wrigth J. En : Hill P. *Gobierno Clínico*. Ed. Elsevier. Madrid, 2007.
9. Gray TA. *Clinical Governance*. *Ann. Clin. Biochem* 2000; 37:9-15.
10. Ruiz Iglesias L, et al. *Claves de Gestión Clínica*. Ed. Mc Graw Hill. Madrid 2004.
11. Porter M, et al. *Health Affairs* 2013; 32, (3): 516-25.
12. Buchanan D, Wilson B. *Re-engineering operating theatres: the perspective assessed*. *Journal of Management in Medicine* 1996;10(4):57-74.

13. Mora Martínez JR. *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos*. Ed Diaz de Santos. Madrid 2003.

14. [www.juntadeandalucia.gestiónclinica](http://www.juntadeandalucia.gestiónclinica) y [www.ugcandalucia.es](http://www.ugcandalucia.es).

15. Diaz Corte C, et al. *Calidad de vida de los profesionales en el modelo de GC de Asturias*. *Gaceta Sanitaria* 2013. 01 [http//dx.dot.org/10.10.16](http://dx.dot.org/10.10.16).

16. Le Guen Y. *Les recontres du management des pôles*. Febrero 2009. [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) *Colloques et Communications*.

17. Debrosse D. *La nouvelle gouvernance hospitaliere*. *ADSP* 72. Septiembre 2010: 7-10.

18. [www.anap.fr/.../4e\\_rencontres\\_du\\_management](http://www.anap.fr/.../4e_rencontres_du_management).

## Anexo 1.

### Un enfoque nuevo: la introducción de la Gestión Clínica y el Gobierno Clínico en las organizaciones sanitarias.

#### 1a.- Concepto de Gestión Clínica.

*La gestión clínica (GC) surge como una forma de integración de la cultura clínica con la cultura de gestión.*

La gestión clínica (GC) surge como una forma de integración de la cultura clínica con la cultura de gestión. Intenta por un lado dar respuesta a las modificaciones profundas en el conocimiento médico y en la utilización de la tecnología en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y por otro, en la reconfiguración de la enfermedad en torno a procesos donde convergen especialidades diferentes. Además intenta dar respuesta a la necesidad de disminuir los costes de la asistencia sanitaria mediante el aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos.

En este primer enfoque la Gestión Clínica (GC) se define como una metodología de gestión de las unidades asistenciales basada en la asunción de responsabilidades por los clínicos en la producción, la utilización de recursos, los resultados y la calidad final de los procesos asistenciales. Como observamos, en esta conceptualización la eficiencia y la disminución de los costes de la atención dominaban el escenario de la gestión clínica.

*Se redefine la GC como el conjunto de herramientas y técnicas de gestión utilizadas por los profesionales clínicos dirigidas a conseguir resultados asistenciales óptimos*

Sin embargo, en la evolución del concepto de GC vemos como va adquiriendo una dimensión estrechamente ligada a la práctica clínica. Así se redefine la GC como el conjunto de herramientas y técnicas de gestión utilizadas por los profesionales clínicos dirigidas a conseguir resultados asistenciales óptimos. Las técnicas y herramientas fundamentales para conseguir estos objetivos son epidemiológicas, tecnológicas, organizativas y económicas. Se produce así un nuevo enfoque donde la forma en la que se producen los servicios, la calidad con la que se realizan, la adecuación, la autoevaluación y la mejora

continuada son herramientas clave. Este replanteamiento de la GC está profundamente ligado a la propia naturaleza del trabajo asistencial de los profesionales sanitarios.

Se corresponde bien con la cultura médica, que como afirma White <sup>6</sup> no reconoce los valores de la gestión tradicional y considera la atención al proceso de enfermedad como la tarea primordial.

La GC permite a los profesionales sanitarios superar la gran discordancia que perciben entre planificación, gestión económico-financiera y práctica clínica.

Es singular la forma sencilla y clara con la que el Servicio Andaluz de Salud define a la GC como “un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica”.

Finalmente añadiremos una definición de carácter comprensivo como la que expresa Juan del Llano <sup>7</sup> “una estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentada en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente”. En esta última definición aparecen bien señalados algunos términos como: procesos, mejora, evidencia científica, participación de los profesionales, eficiencia que constituyen aspectos que estructuran el enfoque de la GC.

---

### **1.b.-. Concepto de Gobierno Clínico.**

---

El concepto de Gobierno Clínico (GC) surge paralelamente como estrategia de gestión a partir de 1997 en el Reino Unido. Este enfoque sitúa a la calidad como el valor fundamental del sistema. Wright <sup>8</sup> comenta de forma sugerente, como la profesión médica ha actuado de forma natural con alguna forma de GC. Efectivamente la presión de la propia práctica asistencial determina formas de

*El gobierno clínico es un término que describe la creación en el ámbito de los cuidados de la salud de un marco de trabajo para garantizar que una óptima calidad de los cuidados se proporcione a la población, asegurando su provisión.*

trabajo que intentan superar los problemas de los pacientes con la cooperación y ayuda de diferentes profesionales y especialidades, aún sin una estructura adecuada.

El gobierno clínico es para Wright “un cambio cultural de todo el sistema que proporciona los medios con los que desarrollar la capacidad organizativa necesaria para prestar una atención sanitaria con garantía de calidad, enfocada al paciente, responsable y sostenible”.

Como señala Gray<sup>9</sup> el gobierno clínico es un término que describe la creación en el ámbito de los cuidados de la salud de un marco de trabajo para garantizar que una óptima calidad de los cuidados se proporcione a la población, asegurando su provisión.

El GC pone por tanto el foco de atención en la mejora de los cuidados al paciente e incorpora no sólo a médicos si no también a enfermería y otros profesionales sanitarios. Como afirma L. Ruiz Iglesias<sup>10</sup> “el gobierno clínico es un marco que permite a los clínicos, incluida la enfermería, mejorar de forma continuada la calidad y salvaguardar los estándares de cuidados. En esta estrategia de aplicación del GC es relevante el compromiso de todos los profesionales sanitarios implicados en diferentes tareas pero con un mismo objetivo común: el paciente.

### **1.c.- . El enfoque de Porter sobre la unidades clínicas de gestión.**

Es muy interesante comentar aquí el reciente artículo de M. Porter<sup>11</sup> sobre el rediseño de los cuidados donde distingue cinco subgrupos de poblaciones:

1. Subgrupo de población saludable (36%).
2. Subgrupo de población saludable que sufre una patología relevante (frecuencia variable).

3. Subgrupo de población con riesgo de enfermar (18%).
4. Subgrupo de población con una o más patologías crónicas (40%).
5. Subgrupo de población con patologías complejas (5%).

En función de estos subgrupos Porter propone la definición de equipos específicos de profesionales para la atención de cada uno de los subgrupos. Así, los subgrupos 4 y 5 deberían integrar especialistas de atención primaria y hospitalarios, garantizando así criterios comunes de práctica clínica, planes de cuidados y terapéuticos, etc.

Con la implantación y desarrollo de estos equipos por subgrupos se garantizaría el seguimiento del proceso y la continuidad asistencial. Además su configuración como unidades de GC permitiría el conocimiento de los costes por proceso e incluso su posible retribución mediante cápita ajustada a cada subgrupo.

---

## **2. Las líneas de cambio en el modelo organizativo introducidas por la aplicación de la GC.**

---

El elemento central de la GC en su perspectiva inicial es conseguir que los profesionales sean capaces de valorar el impacto de las decisiones clínicas en un contexto más amplio que el específico de manejo y tratamiento de una patología concreta.

El logro de este resultado se consigue mediante la incorporación de cuatro grandes líneas de cambio:

### **1º) Cambios en la práctica médica:**

- El eje del conocimiento clínico. Medicina basada en la evidencia.
- La utilización de protocolos, guías y vías clínicas.

- La formación continuada y el desarrollo profesional.
- La evaluación de resultados. Auditorías clínicas.

## **2º) Cambios organizativos:**

- Descentralización organizativa.
- Cultura de la organización.
- Gestión por procesos. Diseño y rediseño de procesos.
- Mejora continua de la calidad.

## **3º) Cambios en el papel del Ciudadano/paciente**

- Participación informada en el proceso de toma de decisiones y alternativas.
- Responsabilidad compartida.

## **4º) Cambios en la concepción del uso de las tecnologías:**

- Como impulsora de cambios en la práctica clínica y en la metodología de trabajo.
- Desarrollo y aplicación de nuevas formas de atención.
- Investigación básica y aplicada.

Estos cambios se configuran como elementos clave dirigidos a conseguir mejoras en la eficiencia, efectividad y calidad de las prestaciones y servicios asistenciales y en el desarrollo de un enfoque del trabajo asistencial soportado por la gestión de los procesos.

Estos cambios afectan profundamente a la concepción tradicional de la Dirección Asistencial y obligan a la transformación de su rol en la aplicación de la GC en las organizaciones sanitarias.

### 3. Bases y rasgos fundamentales de la Gestión Clínica.

La estrategia para llevar adelante el proceso de cambio organizativo implica la descentralización de la capacidad de decisión y de la responsabilidad en la utilización de los recursos. Se traslada el poder de decisión a la estructuras médicas y profesionales, allí donde reside el conocimiento.

La descentralización organizativa es el instrumento para redefinir a los servicios y unidades asistenciales tradicionales en unidades y áreas estratégicas. Las características y formulación par cada una de ellas son específicas y se corresponden con una reflexión acerca de los procesos de enfermedad que allí se realizan.

*La estrategia para llevar adelante el proceso de cambio organizativo implica la descentralización de la capacidad de decisión y de la responsabilidad en la utilización de los recursos*

<b>Rasgos de la Gestión Clínica</b>
Descentralización de la organización en unidades/áreas de gestión
Definición de líneas de servicios y/o productos
Desarrollo de actividades ligadas a la mejora de resultados
Diseño y rediseño de procesos, autoevaluación y mejora continuada
Sistema de información clínico
Cambio cultural

En el proceso de descentralización hay que identificar para cada unidad de gestión las líneas de servicio y/o productos.

Un elemento clave es la aplicación de la reingeniería de procesos que permite un rediseño de los mismos reestructurando las formas de asistencia y cuidados a los pacientes.

El diseño de procesos, que posteriormente desarrollaremos, constituye una forma de trabajo que garantiza una actuación ordenada y coherente de los diferentes profesionales implicados en la atención.

Se produce así, una ruptura del concepto tradicional de hospital. El hospital basado en unidades, servicios y departamentos y ordenado tradicionalmente por especialidades y niveles no se



corresponde bien con el diseño basado en procesos asistenciales. Aquí, el conocimiento sobre los procesos de enfermedad es la base para el desarrollo de las fórmulas organizativas que se adoptan.

Disponer de un sistema de información clínica es el instrumento que garantiza el conocimiento sobre los procesos y su evolución. Las unidades de GC deben conocer exhaustivamente la morbilidad atendida respondiendo así a la pregunta inicial: ¿Qué es lo que hay que hacer?.

*La identificación de los procesos atendidos concluye con el mapa de procesos de la unidad*

Unidad de Gestión Clínica	Respuestas
¿Qué es lo que hay que hacer?	Morbilidad atendida. Sistemas de medición del producto
¿Cómo hay que hacerlo?	Rediseño de procesos. Diseño y Mapa de procesos
¿Con qué calidad?	Calidad total. Calidad técnico-asistencial y Satisfacción
¿A qué coste?	Coste por proceso
¿Con qué financiación?	Pago por proceso o ajuste de financiación por proceso

El conocimiento de la morbilidad atendida permite analizar y establecer la cartera de servicios, e identificar y determinar la casuística y el grado de complejidad de los pacientes diagnosticados y tratados.

La identificación de los procesos atendidos concluye con el mapa de procesos de la unidad. A continuación el análisis específico para cada uno de ellos termina con el diseño de las diferentes actuaciones que integran las intervenciones de diferentes especialistas médicos y de enfermería.

El conocimiento e identificación de los procesos debe finalizar en la propuesta de indicadores de calidad, tanto generales a nivel de la unidad, como específicos para cada proceso concreto.

La determinación de los costes de los procesos atendidos en la siguiente etapa que a través del casemix y la contabilidad

analítica permite avanzar en la determinación del coste de cada uno de ellos.

Finalmente, se puede establecer el tipo de financiación adecuado utilizando sistemas de tarificación ajustada como la tarifa T2A francesa o bien directamente mediante el pago por procesos atendidos.

Gestión Clínica	
Conocimiento de la casuística atendida	Cartera de servicios y productos
Procesos atendidos	Diseño de nuevos productos y servicios
Costes por proceso	Facturación
Pago prospectivo	Financiación adecuada
Calidad total	Definición desde la perspectiva del ciudadano

#### 4. Requisitos para el desarrollo de la Gestión Clínica.

Para el desarrollo de la GC se considera fundamental el cumplimiento de una serie de requisitos imprescindibles. Enumeramos a continuación aquellos más relevantes:

\* *Responsabilidad de los profesionales sanitarios en la gestión (Accountability).*

Esta responsabilidad tiene un carácter horizontal dirigido a utilizar los procedimientos adecuados y a realizar su seguimiento mediante estándares preestablecidos. Hemos señalado anteriormente y se incorpora en la propia definición de GC. que la *responsabilidad de los profesionales sanitarios* en la gestión de la unidad, en la utilización de los recursos y el compromiso con los resultados finales es un requisito básico de la GC.

Los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad en *la gestión de operaciones* y disponer de autonomía en las decisiones en el ámbito de su unidad.

\* *Dirección basada en el liderazgo.*

*Los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad en la gestión de operaciones y disponer de autonomía en las decisiones en el ámbito de su unidad.*

La GC tiene un obligado carácter multidisciplinar e interdisciplinar

La metodología tradicional de gestión de los servicios basada en la jerarquía y las atribuciones tienen que dar necesariamente paso a una forma de *dirección basada en el liderazgo* y en el conocimiento. Esta función de liderazgo se ejerce desde la confianza de los otros profesionales y se dirige a estimular el trabajo conjunto, asegurar la asistencia, promover y mejorar la calidad y facilitar el desarrollo profesional.

La autoridad de los responsables de cada unidad se ejerce desde el control de los recursos y la incentivación.

*\* Trabajo en equipo.*

La GC tiene un obligado carácter multidisciplinar e interdisciplinar. Efectivamente la calidad de la atención a un paciente depende de una serie de puntos de encuentro con la organización, siendo cada uno de ellos un eslabón en la cadena asistencial. Por esta razón es necesario el trabajo en equipo de todos aquellos profesionales médicos de las diferentes especialidades que forman parte de la unidad y también de enfermería, así como de otras profesiones sanitarias que estén implicadas en la atención. El trabajo en equipo reduce la práctica incoherente y aumenta la seguridad.

*\* Actuación sobre la gestión de operaciones. Reingeniería de procesos.*

Una unidad, servicio o área es un conjunto articulado de tareas, actividades, funciones y resultados. La visión horizontal de la organización se caracteriza por:

1. Inputs (entradas): recursos utilizados para la ejecución de los procesos: humanos, técnicos y económicos. Así como los pacientes que entran para ser diagnosticados y tratados.
2. Proceso: corresponde con la articulación de acciones y operaciones dirigidas a conseguir resultados y a transformar

los inputs en outputs.

3. Outputs (resultados): son los elementos resultantes del proceso que pueden ser intermedios (un análisis, una imagen radiográfica, etc.) u finales (un paciente diagnosticado y tratado).

Los outputs, son resultados obtenidos que constituyen la fuente de información que nos permite mediante criterios e indicadores valorar a través de un mecanismo de feed-back la adecuación de las acciones y decisiones adoptadas durante el proceso.

Vemos pues que son las cadenas de operaciones y la estructura de procesos las que constituyen la base metodológica. Es aquí donde se entronca la reingeniería de procesos. La reingeniería de procesos surge en el entorno empresarial durante los años 90. Su planteamiento, impulsado por la tecnología y la información, iba dirigido a transformar las organizaciones de una forma radical. Sus rasgos básicos son conseguir estructuras organizativas donde los trabajadores tuvieran mayor capacidad de decisión y el foco de atención estuviera situado en el cliente.

La necesidad de aplicar la reingeniería de procesos en el ámbito de las organizaciones sanitarias es evidente. Un hospital tradicional tiene en su plantilla un considerable número de oficios, profesiones y especialidades. La dificultad de engarce de las tareas y actividades es notable y más aún en estructuras jerárquicas verticales y divisionales. Además en la trayectoria de cuidados de un paciente se pueden producir decenas de puntos de encuentro con profesionales diferentes. Buchanan <sup>12</sup> señala hasta 55 pasos diferentes en un paciente ingresado que precisa una intervención quirúrgica. La necesidad de analizar esta realidad compleja utilizando el diseño de procesos es por tanto imprescindible.

El diseño y rediseño de procesos constituye pues el eje central de la aplicación e implantación la GC.

*La reingeniería de procesos surge en el entorno empresarial durante los años 90*

*Un requisito indispensable para el funcionamiento de las unidades clínicas es la disponibilidad de un presupuesto clínico.*

### *Presupuesto clínico.*

Un requisito indispensable para el funcionamiento de las unidades clínicas es la disponibilidad de un *presupuesto clínico*. Cada unidad plantea su volumen de ingresos producido en términos de servicios y actividad realizada a nivel asistencial, de investigación, formación y docencia. De la misma forma los gastos incurridos en personal, bienes y servicios , etc...

Así podemos llevar a término el análisis de los resultados finales económicos de la unidad. Este tipo de presupuesto clínico se concreta con carácter anual en los denominados Contratos de Gestión clínica que establecen los compromisos de cada unidad con la estructura general.

Es importante reiterar que la valoración de los ingresos producidos por la actividad realizada debe incorporarse en unidades monetarias para la cual se deben utilizar sistemas de medida. Se utilizan con carácter general: GRDs (Grupos relacionados de diagnóstico) e instrumentos de medida de la actividad ambulatoria, APGs que permiten la aplicación de los costes por proceso y su uso posible para la facturación.

#### *Cuadro resumen*

<b>Gestión clínica: requisitos</b>
Implicación profesionales sanitarios en la gestión de su unidad: autonomía y responsabilidad
Actuación sobre la gestión de operaciones
Mejora y rediseño de procesos
Revisión, autoevaluación y mejora continuada
Calidad total, con enfoque desde las expectativas del ciudadano y de los otros profesionales
Dirección basada en el liderazgo
Presupuestos clínicos: contratos de gestión clínica
Sistema de información integral de base clínica

## Anexo 2

### 1.- Desarrollo y evolución de la Gestión Clínica en España.

Un autor experto en Gestión Sanitaria, como J. Colomer, señalaba como en nuestro medio se hablaba mucho de GC, probablemente porque “no se hacía” GC. Efectivamente la GC ha permanecido, a excepción de algunos ejemplos concretos, en un cierto estado de hibernación. Sin embargo, en estos últimos años se contempla un fuerte incremento de cursos de formación en GC dirigidos a los profesionales médicos desde instituciones públicas y privadas. Pero esta formación no responde a un plan estratégico de modificación de la estructura organizativa de los hospitales y por tanto a una decisión de aplicación de la GC de forma sistemática.

La crisis económica ha introducido líneas de trabajo significativas en la anterior falta de iniciativas en el campo sanitario para la aplicación de la GC en estos últimos años. La necesidad de disminuir el gasto sanitario, el relativo fracaso de las experiencias anteriores y el reconocimiento tardío del papel decisivo de los clínicos en la utilización de los recursos destinados al funcionamiento de los centros sanitarios ha provocado que desde las Administraciones Públicas se pongan en marcha iniciativas de reforma. Ha sido por tanto la necesidad de implicar a los clínicos en una gestión activa y eficiente el catalizador que activa de alguna forma la GC.

Ese estado de opinión se extiende a los profesionales que consideran que la GC puede aportar modificaciones en la toma de decisiones que posibiliten la formulación de alternativas que faciliten el mantenimiento de la calidad asistencial y el desarrollo profesional.

En el año 2013 esta tendencia adquiere una importancia notable. Recientemente una revista periódica de la profesión médica

*En estos últimos años se contempla un fuerte incremento de cursos de formación en GC dirigidos a los profesionales médicos desde instituciones públicas y privadas*

*El Consejo General de Colegios Médicos introduce la GC en su discurso de reforma de la sanidad y lo incorpora al conjunto de propuestas que se plantean al Ministerio de Sanidad*

titulaba en su información que durante el año 2013 todas las CCAA hablaban de iniciar proyectos de GC o reforzar los ya existentes. Pero este proceso acelerado afecta incluso a otros agentes. Así vemos recientemente como el Consejo General de Colegios Médicos introduce la GC en su discurso de reforma de la sanidad y lo incorpora al conjunto de propuestas que se plantean al Ministerio de Sanidad. De idéntica forma y en el seno del conflicto médico de la Comunidad de Madrid, los sindicatos AFEM y AMYTS plantean en su reflexión la GC como forma alternativa los procesos de externalización.

A continuación veremos algunos ejemplos en distintas CC.AA.

### **1a.- El modelo de GC en Andalucía.**

La GC en Andalucía se plantea como un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en la propia práctica clínica<sup>14</sup>. Este modelo se encuentra consolidado como forma de interlocución entre las Gerencias de los centros y los profesionales y se concreta en los Acuerdos anuales de Gestión. Se inició en el año 2005, dentro del II Plan de Calidad, aunque ya existían experiencias desde 1999. En la actualidad ha adquirido un considerable desarrollo. Aproximadamente unos 50.000 profesionales sanitarios se encuentran integrados en Unidades de Gestión Clínica. Se ha regulado mediante Decreto las bases para su aplicación.

Se considera que la GC tiene como objetivos:

- 1º Fomentar la implicación de los profesionales en la gestión de los centros.
- 2º Reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención.

3º Mejorar la organización del trabajo.

4º Elevar la satisfacción de los pacientes.

A partir del año 2010 se plantea un objetivo principal: cambiar el modelo clásico de los centros en un nuevo modelo exclusivamente basado en Gestión Clínica y en objetivos estratégicos específicos como completar en cada centro el mapa de UGC, impulsar las UGC intercentros e interniveles y generar e identificar líderes clínicos.

---

### **1b.- El modelo de GC en Asturias.**

---

El modelo de GC en Asturias se inicia en 2009 con el Decreto de la Comunidad Autónoma (BOPA 66/2009). Se considera que el objetivo de la GC es "ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles (efectividad) acordes con la información científica disponible (eficacia) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia).

Durante el primer año se implantan cinco Unidades de GC en A. Primaria. En los sucesivos años se extiende a Salud Mental y Atención Especializada. Así en enero del 2013 se encuentran en funcionamiento 17 UGC en A. Primaria, 37 Unidades y Áreas de GC en AE.

La aplicación de este modelo tiene una característica original cómo es la utilización reglada de un cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) donde se mide la reacción y mejora de la calidad de vida de los profesionales sanitarios con la aplicación del modelo de GC en el escenario de su trabajo.

En un trabajo publicado en este año <sup>15</sup> concluye que existe mejora efectiva en las Unidades de A. Primaria mientras que los resultados en A. Especializada no son relevantes. Los autores explican esos resultados en AE por la falta de desarrollo en el tiempo del modelo.



Finalmente señalaremos que prácticamente todas las Comunidades Autónomas han iniciado proyectos de reforma basados en Gestión Clínica en el momento actual.

*Prácticamente todas las Comunidades Autónomas han iniciado proyectos de reforma basados en Gestión Clínica en el momento actual.*

## **2.- Un modelo de Gestión Clínica para toda la organización: Plan Hospital 2007 en Francia.**

Dedicaremos a continuación un breve comentario al proceso de implantación y desarrollo de unidades clínicas de gestión (pôles d'activité) que se ha llevado a término en los hospitales franceses<sup>16</sup>. Su singularidad consiste en la aplicación a todos los hospitales mediante una regulación legal y normativa que transforma a los servicios y departamentos y les convierte en un sistema de unidades clínicas. Este proceso de "nueva gobernanza" es un ejemplo para posibles actuaciones en nuestro medio.

En Francia la gestión clínica se pone en marcha con un Plan inicial de carácter general para todos los centros hospitalarios Plan Hospital 2001-2007, posteriormente continuado por el Plan 2007-2012 que implica la transformación de la estructura organizativa, asistencial, económica y financiera de los Complejos Hospitalo Universitarios (CHU).

*La "nueva gobernanza"<sup>17</sup> tiene como meta conseguir la modernización de la gestión hospitalaria, introduciendo la autonomía y responsabilidad*

La "nueva gobernanza"<sup>17</sup> tiene como meta conseguir la modernización de la gestión hospitalaria, introduciendo la autonomía y responsabilidad, desarrollando la calidad e intentando limitar de esta forma el crecimiento del gasto hospitalario y la insatisfacción de ciudadanos y profesionales. Se entiende como una reforma del Hospital para conseguir el compromiso en la gestión de médicos, enfermeras, técnicos, y personal administrativo en una gestión descentralizada. El horizonte final es transformar la estructura tradicional de servicios en los denominados "polos de actividad" clínicos y médico-técnicos (áreas clínico-asistenciales en nuestra terminología más habitual).

Este enfoque va dirigido a animar a los centros hospitalarios a estructurarse en función de sus propias características en polos de actividad. Se ha creado por Ley (Orden de mayo 2005) una nueva entidad jurídica, los polos de actividad, que reemplaza a los servicios y departamentos tradicionales, así como una nueva forma de financiación hospitalaria, la T2A que repasaremos a continuación:

### **NUEVA ORDENANZA**

- Consejo ejecutivo (paridad directores/médicos).
- Polos de actividad clínicos y médico-técnicos.

### **NUEVO FINANCIAMIENTO (T2A)**

- Privilegia los ingresos a los gastos.
- Privilegia los objetivos a los medios.
- Del presupuesto al EPRD (relación previsional entre ingresos y gastos).
- Las tarifas y las MIGAC (misiones de interés general y ayuda a los contratos).

Como podemos observar en el esquema anterior la nueva ordenanza establece que los centros hospitalarios deben transformar su organización hospitalaria realizando, a través de un Consejo Ejecutivo, el Proyecto Estratégico del centro.

Cada Hospital configura su propio sistema de polos de actividad de acuerdo con diferentes enfoques: lógica de órganos, de flujo de patologías, etc...

Cada polo de actividad consensúa y negocia con el hospital universitario y la Agencia Regional de Hospitalización (ARH) el contrato plurianual de objetivos y recursos (CPOM). Este CPOM

*En la actualidad se realizan encuentros anuales de los diferentes hospitales donde se evalúan los resultados de la gestión con la nueva estructura de polos de actividad*

*La búsqueda de valores comunes entre las diferentes especialidades constituyentes de cada polo es un elemento de singular importancia*

se firma entre el Gerente, el presidente de los médicos (CME) y el responsable de cada polo.

En la actualidad se realizan encuentros anuales de los diferentes hospitales donde se evalúan los resultados de la gestión con la nueva estructura de polos de actividad, ("les Rencontres du Management de Poles" <sup>16</sup>). Así mismo se han realizado evaluaciones de resultados por la Agencia Hospitalaria de evaluación (MEAH). Es importante señalar aquí, como se realiza en las diferentes publicaciones, que los polos de actividad no constituyen pequeñas empresas independientes, ni son tampoco una nueva capa administrativa-institucional suplementaria.

Se comprende la nueva gobernanza <sup>17</sup> como una aproximación a una gestión más participativa y responsable, con una metodología más rigurosa y una gestión basada en una responsabilización de los profesionales.

Se considera que la articulación entre los polos y las instancias de decisión central del hospital es esencial. Las modalidades de funcionamiento de los polos deben ser de forma metódica y clara definidas y asumidas por la estructura central.

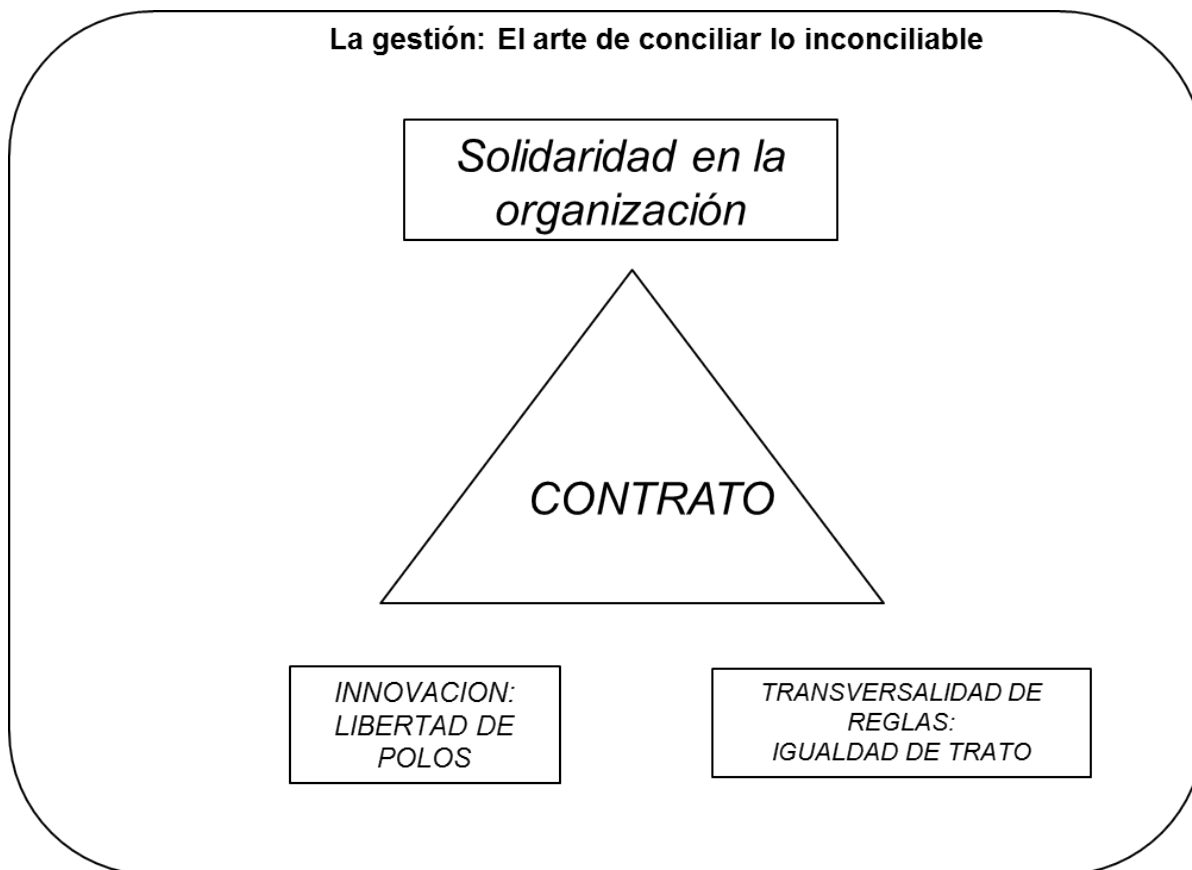
Las mejoras obtenidas son sistemáticamente evaluadas y las consecuencias, tanto en resultados asistenciales, como en términos económicos, explicitadas como tales.

La búsqueda de valores comunes entre las diferentes especialidades constituyentes de cada polo es un elemento de singular importancia que debe permitir el desarrollo de una gestión que garantice de forma armónica la gestión próxima al enfermo. Así, los polos de actividad intervienen en la gestión como:

- Fuerza de innovación y desarrollo: proyecto del polo.
- Fuerza de organización más próxima al paciente: más adaptada a las necesidades del paciente y a los imperati-

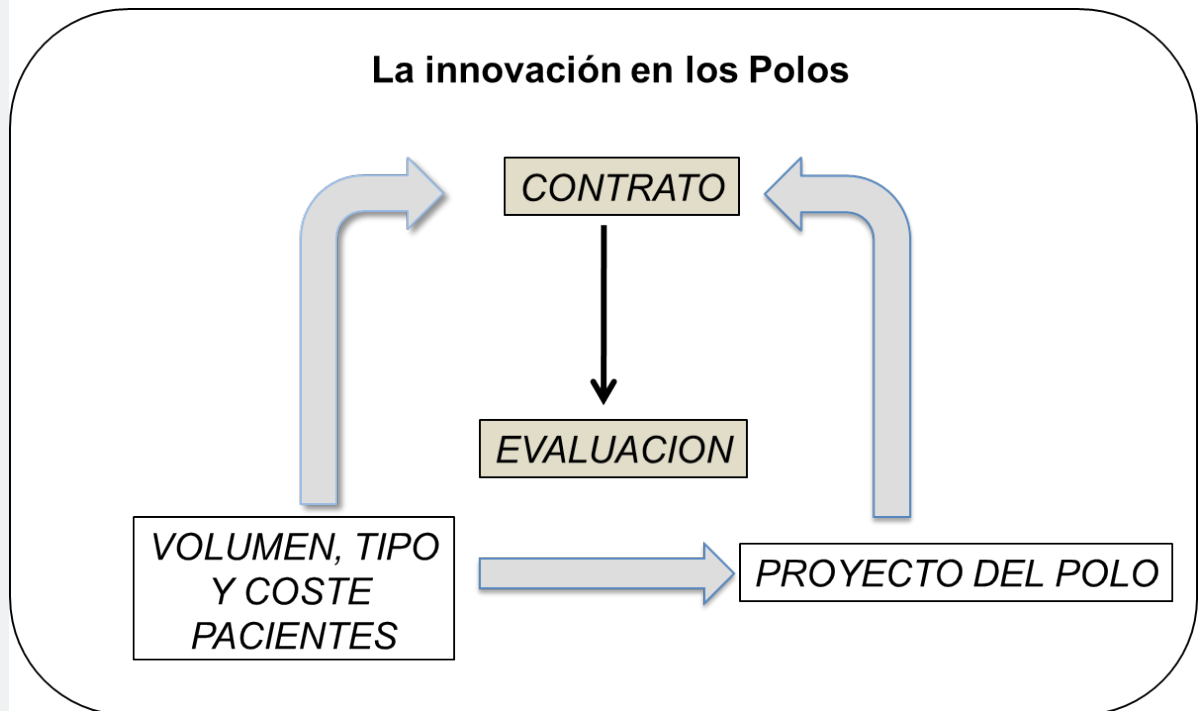
vos de cada proceso.

- Participación de todos los profesionales en el desarrollo del proyecto.



Como podemos observar en el esquema anterior los polos de actividad deben conciliar el funcionamiento integral y solidario con el resto del hospital con la capacidad de innovación y de puesta en marcha de aquellas áreas de actividad dentro de cada polo que se consideren convenientes, manteniendo unas reglas de juego comunes para toda la organización.

### La innovación en los Polos



"Los polos de actividad" se constituyen en centros de responsabilidad que agrupan especialidades vecinas clínicas y/o de investigación.

### Estructura organizativa de los polos de Actividad

La estructura organizativa decidida para los Polos de actividad se ha incluido en la Ley teniendo así un carácter homogéneo para todos los hospitales franceses. "Los polos de actividad" se constituyen en centros de responsabilidad que agrupan especialidades vecinas clínicas y/o de investigación.

Su estructura de funcionamiento está compuesta por :

- Un Director del *polo de actividad* que actúa como responsable y coordinador de los diferentes servicios que forman parte de la Unidad. Su función es la puesta en marcha del proyecto médico, de la gestión de los medios delegados y el establecimiento del contrato de la unidad con la Dirección General.
- La enfermera responsable de cuidados que asume la orga-

nización de los cuidados y de la gestión de los efectivos.

- Un responsable de la gestión económico administrativa.

A nivel de la unidad existen dos estructuras de participación y consenso: el Consejo del Polo de Actividad y el Comité

El elemento fundamental en esta reforma es el Director Clínico del Polo de Actividad. Sus funciones son las siguientes:

**El director del Polo:**

**\* Dispone de un doble estatuto:**

- \* Coordinar la federación.
- \* Responsable de un centro de responsabilidad.

**\* Anima y coordina:**

- \* La firma del contrato del Polo con la Dirección General.
- \* La puesta en marcha y gestión del proyecto médico.
- \* La gestión de los recursos.

Como podemos observar en el siguiente gráfico, la figura de director clínico del Polo está acompañada de un responsable de cuidados de enfermería y un responsable administrativo. Se configura así el órgano ejecutivo del Polo de actividad, responsable de la toma de decisiones.

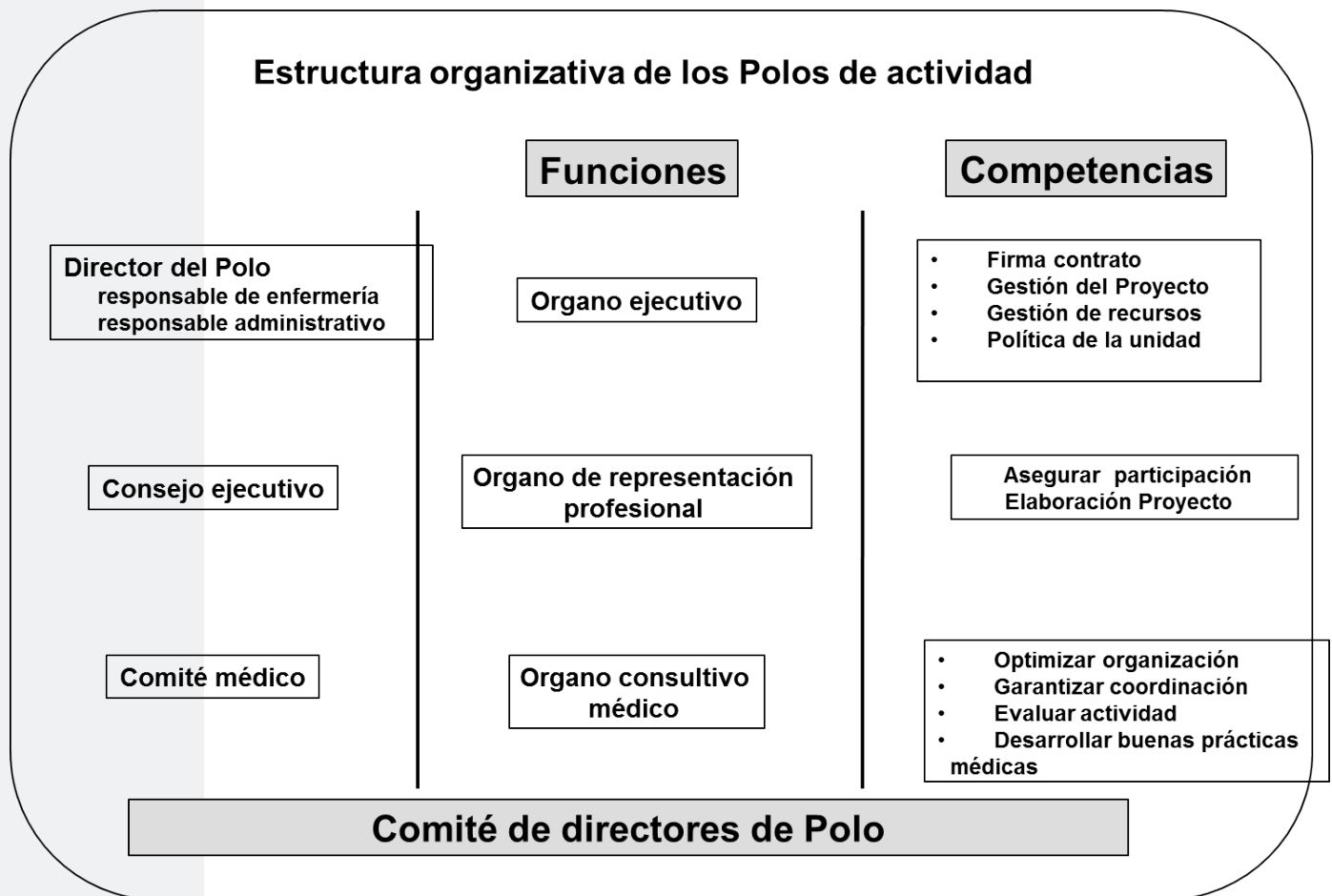
Es muy importante la figura del Consejo del Polo, donde tienen representación de carácter electivo todas las categorías profesionales. Este órgano encargado de la elaboración del proyecto es el que garantiza la cohesión y federación de los diferentes servicios incluidos en el Polo de actividad.

Para garantizar la presencia activa de los profesionales médicos existe un comité específico responsable de la calidad y de los resultados obtenidos. Señalaremos a continuación que los

*El elemento fundamental en esta reforma es el Director Clínico del Polo de Actividad.*

*Es muy importante la figura del Consejo del Polo, donde tienen representación de carácter electivo todas las categorías profesionales.*

Hospitales en su mayoría disponen de una figura que forma parte de la Dirección General responsable de la coordinación de los diferentes Polos. Esta Dirección (Directeur de Rattachement de pôles) garantiza la coherencia y la coordinación global. Llamamos la atención sobre esta Dirección que en nuestro medio podría sustituir a la Dirección Asistencial tradicional <sup>18</sup>.



*Las primeras evaluaciones realizadas señalan elementos de mejora en la atención a los pacientes y en la calidad de los resultados.*

El modelo francés constituye un muy interesante ejemplo a seguir en nuestro país. Ha supuesto un cambio profundo y ha reactivado a las organizaciones hospitalarias. Las primeras evaluaciones realizadas señalan elementos de mejora en la atención a los pacientes y en la calidad de los resultados.