

13.6 Experiencias de acuerdos de Gestión Clínica



El hablar de experiencias de acuerdos de gestión clínica significa hablar de una realidad que se está revelando como el gran dinamizador y transformador que está posibilitando la mejora de la atención sanitaria y la necesaria implicación activa de los profesionales de la sanidad en los problemas de gestión

Autor: Mario González

Gerente de Gestión Integrada de Vigo

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

González M. Experiencias de acuerdos de gestión clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 13.6. 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:

En esta tema se ha tratado de dar un enfoque conceptual y práctico a las experiencias llevadas a cabo en materia de acuerdos de gestión clínica partiendo previamente del asentamiento de una serie de conceptos que tienen una gran incidencia en el diseño, materialización y seguimiento de la gestión clínica.

Asimismo se aborda ya desde una vertiente más práctica, basándose en las experiencias llevadas a cabo hasta el momento todos aquellos aspectos que debe contener un Acuerdo de Gestión Clínica en temas que van desde la regulación legal hasta

el seguimiento y recomendaciones prácticas sobre el mismo.

Introducción

1. *La gestión compartida entre profesionales sanitarios y gestores plasmada en los Acuerdos de Gestión Clínica*
2. *Gestión clínica y libertad clínica*
3. *Definición de gestión clínica*
4. *Puntos básicos que hay que considerar ante un Acuerdo de Gestión Clínica*
5. *La gestión por procesos: herramienta imprescindible en el Acuerdo*
6. *Gestión del cambio como parte fundamental de los Acuerdos*
7. *Aspectos importantes a considerar en la regulación legal de la Gestión Clínica*
 - 7.1. *Definiciones*
 - 7.2. *Funciones*
 - 7.3. *Sistemas de información*
 - 7.4. *Relación contractual*
 - 7.5. *Órganos de gobierno y gestión de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica*
 - 7.6. *Funciones de los responsables*
 - 7.7. *Provisión del cargo de Director o Coordinador*
 - 7.8. *La Comisión de Dirección*
8. *Los Acuerdos de Gestión con las diferentes Áreas*
 - 8.1. *Principios básicos*
 - 8.2. *Partes fundamentales del Acuerdo*
 - 8.3. *Cómo efectuar el seguimiento del Acuerdo*
 - 8.4. *Los resultados: cómo medir el desempeño*
 - 8.5. *Incentivos*
9. *Recomendaciones desde la experiencia del funcionamiento de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica*

Referencias bibliográficas

Introducción

La realidad actual, profundamente marcada por la crisis global, se caracteriza en el sector sanitario por la existencia de diferentes problemas que requieren soluciones; el crecimiento constante del gasto sanitario, la calidad de la atención sanitaria, la seguridad de los pacientes, el fenómeno de la globalización al que no es ajeno la realidad sanitaria, las demandas crecientes de una población cada vez más informada, las nuevas tecnologías y los cambios en la sociedad tanto a nivel demográfico como estructural, hacen que sea un deber desde la gestión la búsqueda de alternativas eficaces que permitan dar respuesta a la problemática que se nos presenta. Todo ello adquiere una especial importancia si al mismo tiempo consideramos el marco de crisis generalizada que se extiende por todos los sectores de la sociedad junto con la importante

Para llevar a cabo de una manera efectiva la gestión clínica, uno de los puntos primordiales es el del establecimiento de un acuerdo explícito y claro donde se sitúe el marco general de actuación, los objetivos, los resultados y los indicadores que permitan su evaluación.

repercusión que el gasto sanitario representa en la actualidad y en un previsible futuro en nuestra sociedad; un reciente estudio revela que en Estados Unidos en 2040 se empleará 1 de cada 3 dólares en el sector sanitario y en 2080 será 1 de cada 2 dólares de seguir la tendencia actual.

Con esta problemática planteada, hablar de experiencias de acuerdos de gestión clínica significa hablar de una realidad que se está revelando, a través de su aplicación en diferentes sistemas y centros sanitarios, como el gran dinamizador y transformador que está posibilitando la mejora de la atención sanitaria y la necesaria implicación activa de los profesionales de la sanidad en los problemas de gestión, lo cual resulta de la mayor trascendencia dado el importante papel que juegan en el proceso de la atención sanitaria en su doble faceta, puramente asistencial y la derivada de la trascendencia económica que generan sus actos.

Resulta interesante analizar las razones que han conducido a que las palabras que han suscitado mayor grado de consenso últimamente en materia de gestión sanitaria sean las de "gestión clínica" o "autogestión" o "corresponsabilización en la gestión sanitaria". ¿Es esto fruto del azar o de una nueva coyuntura económica y social?. La respuesta no es sencilla y quizás existan diferentes componentes y diferentes circunstancias que han colaborado a que las estrategias sanitarias vayan confluyendo en el redimensionamiento del papel de gestores y profesionales sanitarios y la necesidad de buscar líneas de actuación convergentes que permitan una mejora en resultados económicos sin olvidar los asistenciales.

Para llevar a cabo de una manera efectiva la gestión clínica, uno de los puntos primordiales es el del establecimiento de un acuerdo explícito y claro donde se sitúe el marco general de actuación, los objetivos, los resultados y los indicadores que permitan su evaluación. A lo largo de este tema abordaremos los aspectos fundamentales que influyen en este tipo de acuerdos que, de hecho, deben representar una transferencia real de responsabilidad en la gestión y uso de los recursos que se ponen a disposición de nuestros profesionales.

1. LA GESTIÓN COMPARTIDA ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y GESTORES PLASMADA EN LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CLÍNICA

Vivimos sin duda una nueva realidad que nos obliga a dar nuevas soluciones a viejos problemas; tradicionalmente la organización de los servicios sanitarios ha vivido de espaldas a la sociedad y a sus requerimientos, adoptando el sistema sanitario un papel no acorde a las expectativas que se generaban, fruto quizás de una situación de preponderancia en virtud del conocimiento que establecía una separación clara entre paciente y profesional, con unos claros componentes paternalistas.

Sin embargo, la nueva realidad existente en este nuevo siglo ha cambiado radicalmente las cosas; nuestra sociedad a través fundamentalmente de la información ha puesto al paciente como eje indiscutible de nuestro sistema, como pieza alrededor de la cual nuestro sistema debe girar buscando soluciones y dando alternativas a los problemas que nos vaya planteando. Los ciudadanos han dejado de ser sujetos pasivos en una relación paternalista en vías de extinción; el nuevo paciente exige información, capacidad de elección, calidad y una atención que satisfaga todas sus expectativas, cada vez más crecientes. Esto debe contrapesarse con el papel fundamental que tienen los profesionales sanitarios en el proceso de atención médica, los cuales representan la "cara" del sistema, cuentan con todo el poder de decisión y, además, cuentan con el conocimiento que debe asistir su toma de decisiones. Nos encontramos por tanto en una situación de una gran complejidad en la cual tratamos de encontrar el difícil equilibrio inestable entre pacientes, médicos y gestores.

Ante esta situación compleja que se nos plantea nos encontramos con que la situación hasta el momento se caracterizaba por una convivencia entre médicos y gestores en la cual todos se daban la espalda. Clásicamente ha habido un desencuentro entre médicos y gestores por varias razones:

- Ha existido tradicionalmente una ausencia de sensibilización hacia el uso de recursos sanitarios y su importancia, aspecto en el cual no se ha hecho ningún esfuerzo a nivel formativo de los profesionales ni en su vertiente pregraduación ni en

Los ciudadanos han dejado de ser sujetos pasivos en una relación paternalista en vías de extinción

No debemos olvidar que, al mismo tiempo, la credibilidad y evaluación de los gobiernos dependen en gran medida de su capacidad para dar respuesta y satisfacer las demandas de la población

la vertiente post.

- Tampoco ha existido un lenguaje común que sirviera de comunicación: en este aspecto quizás la implantación de soluciones que permiten medir el producto hospitalario, como el caso de los GRD, han contribuido al acercamiento de lenguajes.

- Por otro lado ha habido, y en parte aún perdura, una falta de reconocimiento de los valores de gestión.

No debemos olvidar que, al mismo tiempo, la credibilidad y evaluación de los gobiernos dependen en gran medida de su capacidad para dar respuesta y satisfacer las demandas de la población, hecho difícilmente compatible con la tendencia claramente creciente del gasto sanitario en todo el mundo. La solución pasa por acuerdos de gestión clínica en los que se especifiquen claramente nuevas fórmulas de organización, la necesidad de reinventar las responsabilidades y las recompensas de la gestión y por dar una participación activa a la sociedad, todo ello en un marco que necesariamente debe tener como ejes principales de su estructura la transparencia, la flexibilidad, la ética, la calidad y la orientación a resultados y todo ello a través de una disminución de la variabilidad en la práctica clínica merced al uso creciente de herramientas basadas en la evidencia científica y en la información.

2. GESTIÓN CLÍNICA Y LIBERTAD CLÍNICA

Y es que la realidad demuestra que las decisiones médicas no tenían en cuenta en modo alguno los valores que regían la práctica de los gestores; como expresa T. White (1997) de una forma cruda, *“los médicos tienen un importante papel en el uso de recursos, en los cambios de tendencia de demanda sanitaria y son extremadamente vulnerables ante la irrupción creciente de la tecnología; al mismo tiempo juegan un papel importante en la selección de personal, anteponiéndose en ocasiones los intereses personales a los institucionales”*.

El riesgo de esta separación de visiones entre los gestores y los profesionales se traduce en un riesgo de corte en la cadena

de autoridad que existe en los centros sanitarios, ya que no hay que olvidar la tremenda especificidad y trascendencia de las decisiones clínicas, no solamente en su estricto ámbito asistencial sino también en la esfera económica.

En este marco es donde los gestores deben intentar adaptarse buscando integrar dentro de las actuaciones médicas los conceptos de responsabilidad social mas que el criterio individual en la asignación de recursos, la necesidad de establecer la información y la evidencia como un mecanismo de mejora de la calidad de los servicios a prestar y la necesidad de que los profesionales sanitarios acepten la responsabilidad de su gestión a todos los niveles.

Como afirma T. White (1997) *"existe una gran discordancia entre la planificación de gestión financiera y la práctica clínica. Ambas son legítimas, pero a veces parecen incompatibles"*. Esto se justifica porque los médicos recelan de la gestión por cuanto presumen puede suponerles una pérdida de poder e incluso de libertad clínica. Y es que algunos médicos entienden la libertad clínica como una responsabilidad de tipo personal con el diagnóstico y el tratamiento de sus pacientes con ausencia total de responsabilidad ante compañeros, gerencia o autoridad sanitaria por sus decisiones clínicas, llegando a considerarse sus propios gerentes. Ahí surge la necesidad de establecer límites ya que la libertad sin límites es una cuestión de difícil acomodación en cualquier ámbito. Esos límites deberán estar adecuados y ajustados a:

- La normativa legal vigente
- Los estándares clínicos aceptados
- El contrato establecido entre las partes
- Los códigos éticos de conducta
- Los recursos disponibles
- Las especificaciones en los acuerdos de Gestión Clínica que se pacten

Muchos de los conflictos, de ahora y de siempre, entre los gestores y los médicos se centran en resolver quien tiene la autoridad para decidir la prioridad cuando los recursos de los que se dispone son limitados

Muchos de los conflictos, de ahora y de siempre, entre los gestores y los médicos se centran en resolver quien tiene la autoridad para decidir la prioridad cuando los recursos de los que se dispone son limitados, circunstancia cada vez más presente ante la realidad económica actual.

La incursión en un terreno que era "coto" de la profesión médica y las demandas de una mayor responsabilidad en el uso de recursos son rechazados por los médicos usando como escudo a la libertad clínica, que, aunque ya se trata de un escudo muy destrozado e inoperante, sigue conservando una gran emocionalidad.

Y es que el médico ha aprendido a desarrollar su trabajo a través de un sistema de aprendizaje que está lejano de utilizar términos de eficiencia. Siendo esto así parece lógico plantearse la pregunta de ¿qué le queda al médico más que utilizar la herramienta del juicio clínico y la libertad clínica?.

Si analizamos datos de otros sistemas sanitarios vemos que en el Reino Unido por ejemplo, el 95% de los actos médicos no son evaluados, es decir, la indicación de pruebas o los tratamientos, médicos o quirúrgicos, se llevan a cabo teniendo como base la experiencia pasada, el saber adquirido y el juicio clínico. Y es que en ningún momento se ha hecho una evaluación formal científica por ninguna Administración Sanitaria, aspecto que se revela cada día como más crucial en el control de la actividad sanitaria.

Es un grave error creer que la libertad clínica o la libertad de prescripción amparan al médico que utiliza procedimientos no válidos de acuerdo a lo que la ciencia actual considera correcto

Es un grave error creer que la libertad clínica o la libertad de prescripción amparan al médico que utiliza procedimientos no válidos de acuerdo a lo que la ciencia actual considera correcto, ya que lo único que la libertad clínica debería permitir es elegir entre los procedimientos que la ciencia estime válidos, nunca en territorios situados más allá de las fronteras del conocimiento científico.

Hay que buscar planteamientos que hagan coincidir lo médicamente atractivo para los profesionales en términos de decisión clínica con lo socialmente deseable. Y para lograr todo esto hay que buscar una perfecta conjugación de:

- Ejercicio profesional con base científica
- Interiorización del coste social de oportunidad
- Orientación al usuario

Es probable que la Medicina Basada en la Evidencia - MEB (basada en hechos científicamente probados) suponga un ahorro en el uso de técnicas diagnósticas inapropiadas y reduzca el uso de tratamientos de dudosa o escasa eficacia terapéutica, lo que conducirá a una mejor asignación de los recursos económicos. Practicar la MEB significa integrar la competencia clínica individual y colaborativa con la mejor y más actualizada evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática. Ninguna de las dos por separado será suficiente.

Hay algunas consideraciones de cierta importancia que conviene hacer a la hora de hablar de libertad clínica y su innegable relación con la gestión clínica e incluso con la política sanitaria:

1. La política sanitaria nunca dictará de forma directa la práctica clínica pero sí condicionará la libertad clínica dado que el modelo de desempeño profesional se adapta a la cartera de servicios y a la oferta disponible.
2. La cuantificación de la oferta a través de una adecuada planificación es un arma de gran rotundidad para tratar de conseguir lo que la sociedad estima como valorable al menor coste posible –eficiencia social–, evitando que la oferta de servicios sea algo descoordinado, dependiente de cada médico y con toques anárquicos.
3. Por tanto, una verdadera libertad clínica se maximiza más cuanto más se optimice el uso de recursos para servir a los intereses de los pacientes en relación a sus necesidades asistenciales.

Una verdadera libertad clínica se maximiza más cuanto más se optimice el uso de recursos para servir a los intereses de los pacientes en relación a sus necesidades asistenciales.

Ya en la década de los ochenta se oyeron voces hablando de este problema como fue el caso de Hoffenberg R (1990, 1992) ¹

¹ Sir Raymond Hoffenberg. *President of the Royal College of Physicians from 1983 to 1989 and of Wolfson College, Oxford, from 1985 to 1993.*

Ningún profesional debe situarse en su actuación y en la toma de decisiones clínicas al margen de la realidad socioeconómica y política

quien afirmó: *"...No puede existir libertad clínica total sin tener en cuenta las preferencias o deseos del paciente. También hay que considerar aspectos personales, éticos y legales. Y en esta nueva era también el límite que nos marcan unos recursos limitados..."*

Ahora bien, podríamos afirmar sin miedo a equivocarnos que, desde un punto de vista de gestión, habitualmente los médicos trabajan y tienen en consideración aspectos de coste en la toma de decisiones diarias en tanto afectan al propio paciente, a los familiares, a la sociedad o al sistema de salud. Pero sin embargo no se manejan criterios de respuesta basados en costes sino en circunstancias o factores colaterales (prestigio, presión familiar,...)

Ningún profesional debe situarse en su actuación y en la toma de decisiones clínicas al margen de la realidad socioeconómica y política. Así pues, el problema no está en dramatizar o pensar que los médicos no tienen en cuenta los costes; el problema está en donde se sitúa la línea que marque el límite sobre qué costes deben ser tenidos en cuenta por los profesionales sanitarios y cuáles no.

Lo que sí está claro, aunque pueda parecer una obviedad, es que la necesidad de control de la libertad clínica es diferente para el gestor en función de su ámbito de actuación; así en el ámbito privado el fin de lucro es uno de los factores que hace necesaria esa limitación de la libertad clínica. Cuanto mayor sea el control que desde el sector privado se ejerza sobre la libertad clínica mayores son las posibilidades de beneficio económico; por otra parte una restricción de la libertad clínica en el sector público no busca un beneficio económico tangible sino la posibilidad de poder destinar el eventual ahorro a la puesta en marcha de otros programas.

Llegados a este punto habría que recordar las palabras de JR Hampton (1983) en su célebre artículo *"The end of the clinical freedom (El fin de la libertad clínica)"*, en el que decía lo siguiente: *"La libertad clínica ha muerto y nadie debe lamentar su fallecimiento (...). En los tiempos en los que la investigación era inexistente y el tratamiento tan inofensivo como ineficaz, la opinión del médico era lo único que había, pero ahora la opinión*

no es suficiente (...) La libertad clínica debiera haber sido estrangulada hace tiempo, ya que en el mejor de los casos ha sido el encubrimiento de la ignorancia y en el peor, una excusa para el curanderismo. (...) La libertad clínica murió accidentalmente atrapada entre las nuevas formas de investigación y tratamiento y los límites inevitables de una economía que no puede expandirse indefinidamente».

Ante esto la pregunta que nos formulamos es... ¿realmente ha fallecido?. Parece claro que la pérdida de la libertad clínica debe ir pareja a un proceso de acercamiento y pacto de intereses entre la administración y el profesional, pacto que debe estar concretado en un acuerdo entre gestores y profesionales. Y aunque existe un gran consenso acerca de esta "proclamada muerte" parece que nadie se atreve a firmar su certificado de defunción. Y es que, como menciona Allan Williams, "...a veces, aunque la libertad clínica esté muerta se utiliza como si se tratara del cuerpo del Cid Campeador, mostrándola en defensa de aquellas prácticas médicas que se ven amenazadas por la efectividad".

Los profesionales sanitarios también temen perder valores asentados en la practica medica a lo largo de los siglos y verse corrompidos por una mentalidad empresarial; si a todo esto se añade la percepción de que la actuación desde la gestión busca limitar su autonomía, nos encontramos por tanto con un panorama cuando menos difícil de articular, máxime si tenemos además en cuenta que la Administración Sanitaria ha prestado de forma clásica escasa atención a la formación de los profesionales a lo largo de su periodo educativo en disciplinas relacionadas con la gestión sanitaria.

Hay que reconocer por otra parte que, en ocasiones, no se ha sido capaz de definir de una forma clara y efectiva lo que supone la corresponsabilización en las labores de gestión, no habiendo trasladado a nuestros profesionales qué es lo que realmente esperamos de ellos cuando hablamos de gestión clínica.

Lo que parece indudable es que los papeles que juegan todos los actores en la realidad de la asistencia sanitaria puede verse claramente favorecida si somos capaces de integrar qué es lo que podemos aprender entre todos y es que, no olvidemos que si las decisiones de gestión deben de estar basadas en todo momento en la información contrastada, tampoco debemos

La Gestión Clínica tiene como objeto garantizar una correcta atención de los pacientes teniendo en consideración el necesario control del uso de recursos

olvidar que en nuestra organización el conocimiento se asienta en los profesionales sanitarios, fundamentalmente los médicos. Razón por la que Jeremy Lee-Potter (1991), afirmaba de forma áspera que *"...en una compañía bien gestionada, los mejores, los mas brillantes, los líderes son los gestores....en los servicios asistenciales esta posición tan destacada la ocupan los médicos"*.

Con esta realidad presente a lo largo de los últimos decenios parecía claro y absolutamente necesario que se desarrollaran proyectos y alternativas que fueran posibilitando esa participación e implicación activa de los profesionales en las tareas de gestión. De esta forma ya desde mediados del siglo XX se desarrollaron fórmulas que iniciaban este camino en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore y fueron muchas a lo largo de los últimos dos decenios fundamentalmente, las experiencias realizadas en el Servicio de Salud Británico, con documentos tan determinantes como fueron el Informe Griffiths o el documento "Working for patients", de gran influencia en las experiencias posteriores de gestión clínica llevadas a cabo en el mundo occidental.

Antes de abordar otros aspectos de gran importancia dentro del marco de la gestión clínica hay que hacer hincapié en que una gestión clínica cuyo único motivo se base en la necesidad de reducir costes está condenada al fracaso; hablar de ética en el compromiso con la población a atender, en la necesidad de distribución de recursos o en la mejora de la calidad y la disminución de la variabilidad son argumentos que facilitaran el entendimiento entre todos los actores de este complejo mundo sanitario.

3. DEFINICIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Son muchas las definiciones que circulan en la bibliografía existente sobre el significado del término Gestión Clínica. Tratando de hacer un resumen se podría decir que la Gestión Clínica tiene como objeto garantizar una correcta atención de los pacientes teniendo en consideración el necesario control del uso de recursos. Así pues, como se puede ver, estamos hablando de resultados en tiempo y forma, de involucración por parte del profesional sanitario, de costes y también, por supuesto, de satisfacción del paciente.

Como apunta Orfila Timoner, la gestión clínica es una forma de gestionar las Unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de objetivos. De ahí la necesidad de introducir conceptos tan alejados hasta el momento actual de la práctica clínica como son la planificación, la gestión, el coste, y todo ello en un marco de participación, responsabilización, calidad y de búsqueda de la satisfacción del paciente.

La Gestión Clínica facilita un proceso de readaptación laboral mutuo en el cual el profesional asume responsabilidad y el gestor se configura como un elemento facilitador de la organización, buscando ambos el incremento de la eficiencia del sistema sanitario. La Gestión Clínica debe tratar de conjugar dos aspectos de la máxima importancia:

- a. las demandas de la población
- b. el uso racional de los recursos

Y es que en la realidad de la atención al paciente conviven dos caras ante las cuales no podemos adoptar por más tiempo una actitud de "desprecio" al control del uso de los recursos, como algo absolutamente secundario.

La Gestión Clínica busca básicamente aunar dos culturas tradicionalmente alejadas, la de la gestión y la cultura clínica, buscando adaptarse a una nueva realidad hospitalaria siendo reflejo y posible solución para la nueva realidad que se está imponiendo en el siglo XXI, en la cual el conocimiento, la calidad, las buenas prácticas clínicas y la evidencia científica se configuran como los ejes de la actividad hospitalaria.

Posteriormente a lo largo del capítulo hablaremos de algunos de los puntos que constituyen elementos de gran importancia dentro de lo que es el mundo de la gestión clínica; así aspectos como la gestión por procesos, la gestión del cambio, las necesarias transformaciones de las formas clásicas de organización de los hospitales, la horizontalización de las estructuras directivas o la necesidad de dar una atención a los pacientes con un carácter integrador se constituyen como los elementos que contribuirán a

La Gestión Clínica busca básicamente aunar dos culturas tradicionalmente alejadas, la de la gestión y la cultura clínica

Cuando hablábamos de libertad clínica y gestión clínica mencionábamos conceptos de gran calado como el de la Medicina Basada en la Evidencia

esa mejora de la eficiencia de nuestras organizaciones. Y todos estos elementos deben formar parte de lo que supondrá un Acuerdo de Gestión Clínica.

Cuando hablábamos de libertad clínica y gestión clínica mencionábamos conceptos de gran calado como el de la Medicina Basada en la Evidencia; pues bien, estos conceptos son los que deben ayudar de forma fundamental a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones, las cuales deben estar asentadas en la evidencia científica y en el conocimiento médico y con el soporte operativo de un Pacto en el que se especifiquen las condiciones.

4. PUNTOS BÁSICOS QUE HAY QUE CONSIDERAR ANTE UN ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

Hay una serie de aspectos que hay que tener en cuenta ante cualquier planteamiento que se haga de un Acuerdo de Gestión Clínica:

La gestión clínica se basa en un concepto de trabajo multidisciplinar

1. Establecimiento claro de una cartera de servicios acorde con las posibilidades de la estructura y en consonancia con las demandas de la sociedad, la racionalidad clínica y las restricciones propiamente financieras.
2. Planteamiento de una estrategia de futuro clara. Resulta imprescindible saber dónde estamos pero también hacia dónde queremos ir.
3. Desarrollo de sistemas de información que permitan conocer, analizar y evaluar la actividad desarrollada y sirva, al mismo tiempo, como vehículo de comunicación.
4. La gestión clínica se basa en un concepto de trabajo multidisciplinar, en el cual no solamente es importante la función del médico sino la de todos los profesionales que de una u otra forma inciden en el proceso asistencial.
5. La Gestión Clínica se estructura alrededor de los procesos, buscando en todo momento una mejora de la calidad y un mejor uso de los recursos disponibles.

La Gestión Clínica se estructura alrededor de los procesos

6. Establecimiento de objetivos asistenciales, de calidad y de seguridad en un marco de descentralización económica y de posibilidades de gestión directa de dichos recursos. El Contrato -como base del Acuerdo e instrumento operacional- debe recoger lo que se exige y lo que se obtiene en un marco de absoluta claridad y con sistemas de información adecuados.

Todo lo anterior, obviamente, debe estar asentado sobre una clara implicación y asunción de responsabilidades por parte de todos los profesionales que participen en el proyecto que se plantee de Gestión Clínica. Y esto debe estar asentado sobre un Contrato entre la Dirección y el personal del Área o Unidad.

Una Unidad de Gestión Clínica debe responder a una serie de cuestiones básicas como son las siguientes:

- Qué es lo que hay que hacer
- Cómo hacerlo
- Con qué sistemas de información
- Con qué costes y financiación y,
- Cómo efectuar la evaluación

Al mismo tiempo, conviene hacer una reflexión sobre las ventajas e inconvenientes que presenta en la actualidad cualquier proyecto de gestión clínica que se vaya a plantear en una institución sanitaria. Según expresa JL Temes (2001) en su libro sobre Gestión Clínica las ventajas se pueden sintetizar en las siguientes:

- No precisan cambios normativos de importancia, pero sí es necesario contar con un suficiente respaldo legal en el que se especifique de forma clara como se estructura el marco de la gestión clínica.
- Las estrategias de gestión clínica no tienen color político.

La gestión clínica está profundamente asentada con los conceptos de autogestión.

- Es un proceso progresivo y que debe surgir de abajo hacia arriba (de los profesionales a la dirección del centro).
- La gestión clínica está profundamente asentada con los conceptos de autogestión.
- El paciente pasa a convertirse en el centro de la atención, girando el proceso alrededor de él.
- La implicación en la gestión, en la planificación, en la toma de decisiones y en la atención mejora la motivación del personal de nuestros centros implicados en estas iniciativas.
- Los sistemas de información son claves.

Tampoco faltan las críticas centradas en lo que podríamos considerar tres aspectos secundarios:

- Estas nuevas fórmulas organizativas pueden ser malinterpretadas, confundiendo criterios de eficiencia y rentabilidad de recursos públicos con tendencias privatizadoras; nada más lejos de la realidad.
- Puede que su planteamiento no genere unanimidad entre los profesionales sanitarios: el desarrollo de las Unidades se ha demostrado como un instrumento de suficiente alcance para convencer a los profesionales en principio reticentes; no es un cambio transformador a corto plazo, siendo su éxito fruto de un trabajo a medio y largo plazo.

Uno de los principios de la gestión de la calidad hace referencia a que un resultado se alcanza más eficazmente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso

5. LA GESTIÓN POR PROCESOS: HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE EN EL ACUERDO

Uno de los principios de la gestión de la calidad hace referencia a que un resultado se alcanza más eficazmente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un

proceso. Y es que uno de los primeros pasos a tener en cuenta cuando hablamos de gestión clínica es la necesidad de identificar claramente los procesos que intervienen dentro del Área; estos procesos deben de ser analizados en su totalidad, viendo como funcionan los flujos y todas las interrelaciones que pueden existir entre los participantes en el proceso.

Ahora bien, ¿qué entendemos por proceso?. Según la Norma ISO 9000:2000 un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. También podríamos definir un proceso asistencial como el conjunto de actividades llevadas a cabo por profesionales sanitarios en diferentes “tempos”, siguiendo una secuencia de actividades planificadas y debidamente estructuradas buscando un resultado apropiado.

Según GA Vargas (2004), un proceso de servicios clínicos es:

- a. una secuencia de acciones clínicas y administrativas;
- b. dirigidas a mejorar el estado de salud del paciente;
- c. sobre la base de un fundamento científico;
- d. con una utilización adecuada de recursos económicos y no económicos.

Todos los procesos asistenciales deben responder a cuestiones básicas como son la razón de la existencia del propio proceso, explicando en qué consiste, con qué objeto y a quién se dirige; y al mismo tiempo, debe quedar claramente definido el entorno secuencial de cómo se van agrupando las acciones sobre el paciente, siendo un aspecto que debe resaltarse en cualquier proceso la necesidad de evaluar y medir todas las actividades realizadas. La adecuada coordinación de todas las actividades llevadas a cabo sobre el paciente es la garantía de una atención integral y de calidad; solamente conociendo todos aquellos pasos y actuaciones realizados podremos identificar aquellos aspectos que pueden mejorar la atención prestada, tanto en lo que se refiere a la forma, como a los tiempos existentes entre una y otra actuación.

La adecuada coordinación de todas las actividades llevadas a cabo sobre el paciente es la garantía de una atención integral y de calidad

Un análisis detallado de todos los procesos llevados a cabo nos debe plantear multitud de alternativas de mejora

Las ventajas de un modelo de gestión por procesos se podría sintetizar, como indica JL Temes (2007), en los siguientes componentes:

- a. Se centra en el usuario
- b. Favorece el cambio de actitud de los profesionales
- c. Mejora la continuidad de la asistencia
- d. Se basa en la implicación de los profesionales
- e. Mejora la efectividad de las actuaciones
- f. Optimiza el uso de recursos
- g. Facilita la identificación de la falta de calidad de las actuaciones

A las anteriores habría que añadir tanto las mejoras en tiempos de atención como el aumento de la satisfacción de los pacientes.

Un análisis detallado de todos los procesos llevados a cabo nos debe plantear multitud de alternativas de mejora. Ahí entran conceptos como la reingeniería de procesos que se centra en el análisis de dos cuestiones básicas: por un lado, preguntarse la razón por la cuál las cosas se realizan de una determinada manera y por otro, considerar si no se podrían realizar las cosas de otra forma diferente.

En la reingeniería de procesos hospitalarios se apuntan una serie de componentes básicos de acuerdo a un estudio realizado en hospitales americanos por S Walston y JR Kimberly (1997), los cuales se estructuran en los siguientes grupos:

- a. Utilización de personal:
 1. Planteaban la necesidad de proceder a una descentralización de los servicios de la organización.

2. Auspiciaban asimismo una necesidad de reducción del tamaño de las plantillas de personal existentes.
3. Propiciaban también la creación de equipos en los cuales las actividades se repartieran en función de la cualificación, realizando por tanto tareas que requieren habilidades personales con una menor cualificación; obviamente esto plantea unas implicaciones claras en cuanto a la reducción de costes.

b. Diseño del servicio:

1. Propugnaban una agrupación de los pacientes en función de las necesidades de cuidados; ésta ha sido una idea que ha generado un gran debate por cuanto quizás tenga su razón de ser en la industria manufacturera, pero con dudosos resultados operativos en las instituciones sanitarias.
2. Referían la necesidad de optimizar el uso de los recursos clínicos para lo cual se consideraba imprescindible el análisis del flujo de actuaciones que se llevan a cabo en el proceso de atención.

c. Estructura de la organización:

1. Abogan en su estudio por la necesidad de aplanar la estructura jerárquica de la organización, demasiado compleja y costosa. Un aplanamiento de esta estructura reportará beneficios en aspectos tan claros como en la mejora de la transmisión de la información, en la descentralización y en la corresponsabilización en la toma de decisiones.
2. Tratan de buscar formas de reducción de costes en aspectos no fundamentales ni relacionados con la actividad principal que constituye la razón de ser de la empresa sanitaria.

S Walston y JR Kimberly (1997) dan una serie de consejos para facilitar el éxito en cualquier proceso de este tipo que afrontemos en organizaciones sanitarias:

- a. El plazo para lograr este tipo de transformaciones no es

La formación e información del personal es un factor clave del éxito por cuanto deben conocer perfectamente a dónde quiere ir la organización y cuáles son los requerimientos que de ellos se esperan.

corto; se necesitan períodos prolongados para su puesta en funcionamiento y para la garantía de éxito.

- b. La formación e información del personal es un factor clave del éxito por cuanto deben conocer perfectamente a dónde quiere ir la organización y cuáles son los requerimientos que de ellos se esperan.
- c. Nadie debe quedar al margen de la organización; una de las bases del éxito se centra en la concepción de equipos multidisciplinares y para los cuales se hace necesario la participación de todos.
- d. Debe existir un cronograma claro de actividades a desarrollar.
- e. Todo el mundo debe conocer qué, cómo, cuándo y para qué debe hacer las cosas. El conocimiento del grado de responsabilidad de todos los miembros de la organización contribuye claramente al éxito.
- f. El período largo de implantación, del que hablábamos antes, debe contribuir a que la organización no tenga la sensación de "ruptura" sino de "transición".
- g. Parece claro que el colectivo médico tiene una gran influencia en el proceso requiriéndose su participación e implicación de forma decidida como garantía de éxito del proyecto, aunque sin olvidar el importante papel del resto de los colectivos sanitarios.

Se trata, a la vista de lo anterior, de conocer y estructurar adecuadamente todas las actividades que conforman nuestra realidad para que con una adecuada sistematización de las mismas y después de un análisis de sus necesarias interrelaciones, logremos los mejores resultados posibles para la organización.

Ante estos planteamientos parece claro que uno de los puntos principales que sustenta cualquier actuación de mejora, descansa sobre la necesidad de contar con mecanismos de planificación estratégica claramente asentados que permitan alcanzar la misión que la organización se haya marcado, misión no como hecho aislado, sino claramente apoyada en los conceptos de visión y valores de la organización que posibilitaran llevar a

efecto tal misión. Se trata, por tanto, de componer un mapa de procesos que reflejará aquellos que se realizan en la institución que estemos analizando; a su vez estos procesos generales podrán ser subdivididos con objeto de facilitar su comprensión y análisis (arquitectura de procesos: DA Garvin (1998)).

No olvidemos que cualquier proceso de análisis de procesos debe ser estudiado y rediseñado teniendo en cuenta las expectativas del principal protagonista, el paciente, las cuales se concentran en calidad, posibilidades de elección, acortamiento de plazos, accesibilidad, mejora de la información, preocupación por los temas relacionados con la seguridad y también efectividad .

Estamos, por tanto, hablando de las cuatro fases que deben componer cualquier proyecto de implantación de gestión por procesos: una fase estratégica, otra de desarrollo, seguir con la implantación y acabar con la evaluación de todo el proceso llevado a cabo.

En la fase estratégica definiremos aspectos tan importantes como la misión, visión, valores y objetivos esenciales; en esta fase resulta básico contemplar la elaboración de un mapa de procesos en su triple vertiente: directivos, asistenciales y de gestión; en esta fase resulta básico contemplar la elaboración de un mapa de procesos en su triple vertiente: directivos, asistenciales y de gestión. Al respecto conviene hacer una clarificación con estos aspectos tan importantes:

- Deben de ir en concordancia con el planteamiento estratégico global del Hospital del que formen parte los proyectos de gestión clínica.
- No deben olvidarse los tres puntos básicos que caracterizan la actividad hospitalaria en sus vertientes docente, investigadora y asistencial.
- Debe de tenerse en cuenta el principio de responsabilización en el uso de los recursos.

No olvidemos que cualquier proceso de análisis de procesos debe ser estudiado y rediseñado teniendo en cuenta las expectativas del principal protagonista, el paciente

En la fase estratégica definiremos aspectos tan importantes como la misión, visión, valores y objetivos esenciales

6. GESTIÓN DEL CAMBIO COMO PARTE FUNDAMENTAL DE LOS ACUERDOS

Forma parte de todo el proceso al que venimos aludiendo en el cual un correcto planteamiento estratégico resulta imprescindible según J Kotter (1996). Solamente dedicaremos unas palabras a la gestión del cambio haciendo especial énfasis en las etapas que deben de cubrirse antes de la formalización y puesta en marcha de cualquier tipo de acuerdos:

1. Reconocimiento de la necesidad del cambio
 - a. diagnóstico del problema
 - b. análisis de la información disponible
 - c. identificación de soluciones y alternativas
2. Capacidad de actuación
3. Diseño del cambio: ver recursos necesarios, calendario, identificar barreras,...
4. Consulta: hablar con los profesionales explicando las propuestas, buscando apoyo y no olvidando a gente relevante
5. Amplia difusión del cambio
6. Acuerdo sobre planes detallados
7. Puesta en práctica del cambio
8. Apoyar el cambio
9. Modificar los planes
10. Valorar el resultado: teniendo presente que para

efectuar una correcta valoración tendremos que tener presente que:

- El cambio debe extenderse a lo largo de un periodo de tiempo
- Asegurarse de que se haya producido una mejora y no sólo un cambio
- Considerar como se ha modificado la práctica clínica, las implicaciones sobre los recursos y el impacto en la organización

7. ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN LA REGULACIÓN LEGAL DE LA GESTIÓN CLÍNICA

La legislación a implantar, cuyo objeto será la regulación de la gestión clínica en un determinado territorio, tiene por objeto la regulación de la estructura y funcionamiento de las Áreas Clínicas y Unidades Clínicas de Gestión en el marco del Sistema Sanitario, pretendiendo compatibilizar el necesario equilibrio entre la responsabilidad organizativa y un adecuado uso de los recursos sanitarios. Este modelo organizativo tendrá como eje y razón de ser al paciente, organizándose los diferentes dispositivos asistenciales y su personal de manera interrelacionada. Se trata por tanto de evolucionar un modelo de gestión centrado en el servicio hacia un modelo más flexible en el cual la gestión se centra en el proceso y en el paciente.

El ámbito de aplicación incluye todos los centros y establecimientos sanitarios existentes en el territorio sanitario donde se implante, abarcando a todos sus niveles asistenciales. Con todo ello se pretende garantizar los derechos que recogen la mayoría de las Constituciones en vigor del derecho a la salud.

La finalidad que se persigue mediante la creación de estas Áreas o Unidades Clínicas de Gestión es la de conseguir una atención sanitaria de calidad, basada en decisiones clínicas acordes con la mejor evidencia científica, y en la eficiencia como

Este modelo organizativo tendrá como eje y razón de ser al paciente, organizándose los diferentes dispositivos asistenciales y su personal de manera interrelacionada

La finalidad que se persigue mediante la creación de estas Áreas o Unidades Clínicas de Gestión es la de conseguir una atención sanitaria de calidad

compromiso social y garantía para la sostenibilidad, implicando - al mismo tiempo-, a los profesionales integrados en el Área en la asunción de responsabilidades, en la toma de decisiones y en la consecución de los fines y objetivos planteados.

Tomaremos como ejemplo la regulación de la gestión clínica realizada en el Principado de Asturias que condensó gran parte de la legislación y de las experiencias ya realizadas en nuestro país en este terreno. Pasaremos en primer lugar a establecer una serie de conceptos básicos y fundamentales antes de avanzar cualquier acuerdo y posteriormente abordaremos como debe ser el marco de relación plasmado en un Acuerdo de Gestión a establecer con los profesionales.

7.1. Definiciones

Un apartado a considerar en cualquier regulación legal que se emprenda es el de la definición de Áreas y Unidades de Gestión Clínica:

- 1. Se denomina Área Clínica al conjunto de servicios, Unidades o Áreas de conocimiento carentes de personalidad jurídica propia, compuestas por un conjunto de recursos humanos y materiales que se organizan con criterios de calidad, autonomía, eficacia y eficiencia con objeto de prestar la atención sanitaria propia de su Área o Unidad buscando la necesaria coordinación y continuidad asistencial para el paciente.*
- 2. Se denomina Unidad Clínica de Gestión al conjunto de recursos humanos y materiales dentro de un servicio que se organizan con criterios de calidad, autonomía, eficacia y eficiencia con objeto de prestar la atención sanitaria propia de su Área o Unidad buscando la necesaria coordinación y continuidad asistencial para el paciente.*
- 3. Tanto el Área como la Unidad se responsabilizan ante la Gerencia del hospital del cumplimiento de los objetivos sanitarios marcados a través de un*

uso eficiente de los recursos, fijándose los mismos a través de un Contrato que se establecerá entre ambas partes.

7.2. Funciones

Las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión (AUCG) desarrollarán funciones en el campo de la prevención, atención sanitaria, rehabilitación, investigación y docencia.

- 1. En materia de prevención colaborarán de forma activa con la autoridad sanitaria y con los dispositivos asistenciales pertenecientes al Servicio de Salud en el planteamiento previo, diseño y puesta en funcionamiento de los programas de prevención propios de su ámbito de funcionamiento, así como su posterior desarrollo y evaluación de los niveles de cumplimiento.*
- 2. En materia de atención sanitaria:*
 - a. Prestación de asistencia sanitaria propia de sus características a la población de su ámbito de influencia dentro del marco de los objetivos clínicos y asistenciales que sean establecidos por las Autoridades Sanitarias.*
 - b. Promover y divulgar consensos técnicos con todos los profesionales del Área o Unidad así como con los profesionales de otras Áreas o Unidades de conocimiento del centro, desarrollando en todos los ámbitos vías clínicas orientadas al paciente.*
 - c. Analizar los flujos y procedimientos de derivación de pacientes, responsabilizándose de la autorización de la misma de aquellos pacientes para los que se estime necesario.*

Las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión (AUCG) desarrollarán funciones en el campo de la prevención, atención sanitaria, rehabilitación, investigación y docencia

- d. *Garantizar la formación de los profesionales adscritos al Área o Unidad fomentando la toma de decisiones sustentada en razones de evidencia científica.*
 - e. *Establecer cauces de participación entre las Áreas o Unidades y las diferentes asociaciones o movimientos sociales del Área de influencia.*
 3. *En el ámbito de la rehabilitación se desarrollarán las acciones necesarias propias de cada Área o Unidad colaborando con el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción laboral y/o social de los pacientes.*
 4. *En el campo de la docencia:*
 - a. *Garantizar la adecuada formación pregrado de estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas mediante la adecuada colaboración con la Universidad.*
 - b. *Garantizar la formación de especialistas de acuerdo a los programas docentes establecidos para cada una de las especialidades.*
 - c. *Elaborar programas de formación, tanto del propio personal, como de los profesionales de Atención Primaria para las Áreas de conocimiento específicas de las Unidades Clínicas de Gestión.*
 5. *En el Área de la investigación:*
 - a. *Incorporar la investigación como uno de los ejes fundamentales a desarrollar dentro de las actividades esenciales.*
 - b. *Participar en ensayos y estudios multicentro en líneas*

de investigación predefinidas y consideradas de interés sanitario y social de acuerdo a la estrategia marcada en el Área.

- c. Cualesquiera otras funciones que pudieran ser encomendadas por la correspondiente Autoridad Sanitaria.*

Todas las funciones anteriormente señaladas se orientarán al cumplimiento de los objetivos establecidos desde la Autoridad Sanitaria correspondiente en el marco de sus políticas sanitarias.

7.3. Sistemas de información

Cada Área o Unidad deberá desarrollar su sistema de información, el cual será supervisado por la Dirección del Centro, adaptando el mismo a las necesidades de información y buscando la utilidad para la posterior evaluación del cumplimiento del Contrato pactado.

7.4. Relación contractual

Entre la Dirección del Centro y el Área o Unidad se establecerá un Contrato de Gestión Clínica en el cual se especifiquen tanto la financiación como los recursos adscritos, así como los diferentes objetivos que han de estar englobados dentro del ámbito del Contrato que establezca el establecimiento sanitario y la Administración Sanitaria. Los indicadores, recursos, criterios y metodología de la evaluación, así como los incentivos ligados al cumplimiento del programa, se explicitarán en dicho contrato junto con las posibles causas de rescisión del mismo.

Dicho Contrato de Gestión Clínica será objeto de una evaluación anual con objeto de determinar el grado de cumplimiento del mismo a los efectos correspondientes.

Cada Área o Unidad deberá desarrollar su sistema de información

Los indicadores, recursos, criterios y metodología de la evaluación, así como los incentivos ligados al cumplimiento del programa, se explicitarán en dicho contrato junto con las posibles causas de rescisión del mismo.

7.5. Órganos de Gobierno y Gestión de las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión

Las Áreas o Unidades Clínicas de Gestión serán gestionadas, bajo la Dirección del Centro Sanitario en el que se encuadren, por los siguientes órganos:

- 1. Director en el caso de Áreas Clínicas*
- 2. Coordinador en el caso de Unidades Clínicas de Gestión*
- 3. Comisión de Dirección del Área o Unidad*

7.6. Funciones de los responsables

El Director del Área Clínica o el Coordinador de la Unidad Clínica de Gestión desarrollarán las siguientes funciones:

- 1. Ser el máximo responsable de la actividad desarrollada en el ámbito del Área o Unidad en su vertiente asistencial, económica y administrativa, configurándose como el interlocutor ante la Dirección del centro, dirigiendo y organizando el Área o Unidad.*
- 2. Como superior jerárquico de los Jefes de Servicio o Sección adscritos, asumir en el marco del nuevo Área constituida las funciones de jefatura de todo el personal que se adscriba al Área o Unidad, cualesquiera que sea el estamento y la especialidad a la que pertenezca, sin perjuicio de la distribución de funciones y responsabilidades que posteriormente se pacten dentro de cada una de las nuevas estructuras de gestión clínica creadas mediante un proceso normativo o legal.*
- 3. Asumir la Presidencia de la Comisión de Dirección del Área o Unidad .*

4. *Planificar y organizar la estructura organizativa orientada hacia la consecución de los objetivos asistenciales, económicos y organizativos que así se expliciten en el Contrato establecido, cumpliendo y haciendo cumplir las directrices que así se marquen desde la Dirección del Centro.*
5. *Diseñar un sistema de evaluación que permita la medición de los resultados obtenidos tanto a nivel global como a nivel de cada uno de los miembros adscritos mediante la creación e implantación previa de un sistema de información efectivo .*
6. *Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes*
7. *Participar de forma efectiva en el diseño de flujos y organización de la atención prestada, con especial implicación en la decisión final de derivación de pacientes correspondientes al ámbito clínico-asistencial del Área o Unidad; todo ello con objeto de facilitar la atención y la consecución de los objetivos pactados en el correspondiente Contrato.*
8. *Elaborar las actividades a desarrollar en materia de docencia e investigación.*
9. *En materia de personal desarrollará:*
 - *La coordinación de las actividades de todo el personal adscrito, siendo el responsable de la asignación de funciones, tareas y puesto de trabajo.*
 - *Autorización, definición del perfil y selección del personal necesario para la realización del trabajo encomendado, todo ello de acuerdo a las normas y criterios de contratación actualmente vigentes dentro del marco de la Administración Sanitaria Autonómica.*

Establecer protocolos, normas de funcionamiento o cualquier otra medida que permita una mejora en los estándares de la atención recibida por los pacientes

Elaborar las actividades a desarrollar en materia de docencia e investigación.

- Planificar la contratación del personal necesario para llevar a cabo la actividad dentro del Área o Unidad, dentro del marco presupuestario asignado .

- Autorización de permisos, licencias y vacaciones del personal adscrito al Área o Unidad.

10. *Adecuar de la estructura asistencial y organizativa en su conjunto con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los objetivos que sean establecidos por las Autoridades Sanitarias.*
11. *Establecer horarios, turnos y funciones a desarrollar en el Área o Unidad de acuerdo con los objetivos explicitados en el Contrato establecido con la Dirección del Centro.*
12. *Proponer a la Dirección del centro la contratación de bienes y servicios para la Unidad, respetando la normativa vigente y la disponibilidad presupuestaria.*
13. *Cualesquiera otras funciones que le sean expresamente encomendadas desde la Dirección del Hospital .*

7.7. Provisión del cargo de Director o Coordinador

Si bien en el Principado de Asturias -SESPA (2011)- se optó por la libre designación para la provisión de este cargo, en otros ámbitos autonómicos y centros sanitarios se realiza por el modo tradicional de concurso-oposición, aspecto que a mi juicio limita la capacidad de operatividad de la Dirección y el futuro manejo de las Unidades.

7.8. La Comisión de Dirección

1. *La Comisión de Dirección estará compuesta por los siguientes miembros:*

- a. *Director o Coordinador*
 - b. *Coordinador de Enfermería*
 - c. *Jefes de los diferentes Servicios en el caso del Área y Jefe de Servicio y de Sección en el caso de la Unidad*
 - d. *Supervisores de enfermería*
 - e. *Responsable de calidad*
 - f. *Tutores de residentes*
 - g. *Secretario, con voz y sin voto, elegido directamente por el Director o Coordinador*
2. *Las funciones de la Comisión de Dirección son las siguientes:*
- a. *Establecimiento de la normativa de funcionamiento interno*
 - b. *Aprobación de protocolos, guías y cuantas normas se elaboren dentro del marco del Área o Unidad*
 - c. *Aprobación de los responsables de los diferentes ámbitos en los que se estructure funcionalmente el Área o Unidad, a propuesta del Director o Coordinador*
 - d. *Aprobación de las acciones propuestas en materia de docencia e investigación previo a su planteamiento y conformidad por la Dirección del Centro*
 - e. *Informe y aprobación del Contrato a establecer con la Dirección del Centro*
 - f. *Informe de la Memoria anual de actividad*

g. Seguimiento de la actividad desarrollada introduciendo las medidas correctoras necesarias que posibiliten la consecución de los objetivos establecidos

h. Asesoramiento, cuando así lo solicite, del Director o Coordinador

Como principio básico hay que establecer que los acuerdos de gestión deben estar en consonancia y con respeto absoluto a la legislación que en cada territorio regule el funcionamiento de la gestión clínica.

8. LOS ACUERDOS DE GESTIÓN CON LAS DIFERENTES ÁREAS

8.1 Principios básicos

Como principio básico hay que establecer que los acuerdos de gestión deben estar en consonancia y con respeto absoluto a la legislación que en cada territorio regule el funcionamiento de la gestión clínica. Asimismo en el marco de dicho Acuerdo deberán establecerse con claridad la financiación, los recursos adscritos, los objetivos, resultados e indicadores que permitan confirmar el cumplimiento de dichos objetivos, así como el plazo de evaluación de dicho Acuerdo, que, en general, tendrá carácter anual (ahora bien, el seguimiento deberá hacerse con período mensual al objeto de detectar posibles desviaciones y establecer a tiempo las oportunas medidas correctoras).

Por otra parte, no todas las Áreas de Gestión tienen el mismo nivel de madurez y trayectoria, por lo que sería conveniente establecer distintos grupos, con contratos diferenciados, en función de la evolución y experiencia en gestión, calidad, evaluación, resultados y cultura interna de trabajo cooperativo.

8.2. Partes fundamentales del Acuerdo

Tanto la infraestructura y el equipamiento con el que cuenta cada Área o Unidad para el desarrollo de su labor, así como los recursos humanos y financieros deben ser claramente detallados, así como los compromisos en materia de cartera de servicios y objetivos de actividad, calidad, eficiencia y seguridad, como aspectos más importantes.

8.3. Cómo efectuar el seguimiento del Acuerdo

Tanto la Gerencia como las AUCG se comprometen a un seguimiento pormenorizado de la marcha del Acuerdo de gestión a lo largo del año.

Los compromisos se concretan en las siguientes acciones:

- La Gerencia proporcionará a las AUCG información periódica de la evolución de los indicadores de Actividad/Servicios y de los Objetivos Presupuestarios.
- Las AUCG monitorizarán de forma periódica la marcha de sus indicadores de calidad asistencial.
- La Gerencia facilitará la realización de auditorías internas y/o externas. Una de ellas debería coincidir razonablemente con la evaluación final.

Como principio básico hay que establecer que los acuerdos de gestión deben estar en consonancia y con respeto absoluto a la legislación que en cada territorio regule el funcionamiento de la gestión clínica.

8.4 Los resultados: cómo medir el desempeño

Como principio básico hay que establecer que los acuerdos de gestión deben estar en consonancia y con respeto absoluto a la legislación que en cada territorio regule el funcionamiento de la gestión clínica.

En el primer trimestre de cada año se realizará la evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos.

Para ello se utilizará:

1. La información proporcionada por la gerencia y las AUCG a través de un sistema normalizado de autoevaluación facilitado desde los Servicios Centrales.
2. Los sistemas de información del Servicio de Salud existentes en cada Comunidad Autónoma y los específicos del hospital disponibles.
3. Los resultados de las auditorías presenciales realizadas.

En el Acuerdo de Gestión se deberá recoger tanto la metodología, los conceptos y los requisitos que regirán la evaluación del cumplimiento de los objetivos.

En el Acuerdo de Gestión se deberá recoger tanto la metodología, los conceptos y los requisitos que regirán la evaluación del cumplimiento de los objetivos.

Asimismo las encuestas de satisfacción de los usuarios y de los profesionales pasarán a ser una responsabilidad de las **Áreas**, las cuales se encargarán de su realización, análisis y establecimiento de las acciones de mejora correspondientes.

8.5 Incentivos

Uno de los puntos fundamentales es el del establecimiento de un marco de incentivos ligado al cumplimiento de los objetivos. La percepción se extenderá al personal implicado en las AUCG, debiendo asignarse una parte de forma directa o personalizada, y otra proporcional que repercuta en el **Área** o Unidad en su conjunto. Los principios de objetividad, transparencia y equidad serán los ejes de legitimación laboral, social y de buen gobierno clínico de las AUCG.

Para poder ver de una forma mas clara el marco de relaciones internas a establecer se adjuntarán junto con el material docente, una serie de documentos con diferentes modelos de acuerdos/contratos establecidos entre las Gerencias y las **Áreas/Unidades**

RECOMENDACIONES

DESDE LA EXPERIENCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS O UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Si hubiera que concentrar una serie de recomendaciones respecto al funcionamiento de las Áreas o Unidades de Gestión Clínica podríamos sintetizarlas en las siguientes:

- No mentirnos a nosotros mismos en el establecimiento de los objetivos y asignaciones del Acuerdo: no asignar más presupuesto del que en puridad correspondería. Caer en la tentación de asignar cantidades superiores u objetivos fácilmente conseguibles es uno de los errores en los que se ha caído en determinados centros, impidiendo una evaluación real de los resultados del modelo.
- El planteamiento de la necesidad de la gestión clínica debe surgir de los profesionales hacia la dirección, si bien ésta debe tener un papel dinamizador en un principio y facilitador una vez consolidadas las Unidades.
- El Hospital y las Áreas deben de tener una visión clara de sus objetivos y como desean diseñar su futuro.
- Facilitar un apoyo de gestión y administrativo, sobre todo en las fases iniciales, representa una gran ayuda en el éxito del proyecto.
- La descentralización debe ser real y con incentivos claros.
- Los resultados a obtener deben de constituir la base del proyecto.
- La agrupación de servicios debe ser realizada desde el punto de vista del paciente y no de acuerdo a

las preferencias de los profesionales.

- La gestión clínica no es algo limitado al personal médico y de enfermería, sino que también implica a otros profesionales de la salud en este nuevo modelo organizativo.
- Como ya se ha indicado reiteradamente en este capítulo las herramientas de información y evaluación comparada de resultados son fundamentales.
- Las estrategias de gestión clínica deben estar enraizadas en la política pública y social de la Comunidad Autónoma; con los profesionales no podemos jugar y hay que darles un marco estable.
- La información y retroinformación debe ser algo constante.

BIBLIOGRAFIA

1. *Acuerdos de Gestión Clínica del Principado de Asturias 2011.* SESPA, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
2. *Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria.* Barcelona: Gestión 2000; 1999.
3. *Díaz A. Reingeniería de procesos y gestión hospitalaria.* En: Ruiz Iglesias L. *Claves para Gestión Clínica.* Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2004.
4. *Ezekiel JE. Where Are the Health Care Cost Savings?* JAMA.2012; 307(1):39-40.
5. *Fernández Avilés F, de la Fuente Galán L. Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias.* En: Oteo Ochoa, LA. *Gestión Clínica: Gobierno Clínico.* 2006. 299-302.
6. *Garvin DA. The processes of organization and management* 1998. *Sloan Management Review*1998 ; 39(4):33-50.
7. *Gold MR, Hurley R, Lake T et al. A national survey of the arrangements manager-care plans make with physicians.* *N Engl J Med.* 1995; 333:1678-83.
8. *Hampton JR. The end of clinical freedom.* *Br Med J*1983; 287:1237-8.
9. *Hoffenberg R. Medicine and ethics.* *J R Coll Physicians Lond* 1990; 24(1):6-7.
10. *Hoffenberg R. Rationing.* *Br Med J* 1992; 304(6820):182.
11. *Kotter J. Leading Change,* Harvard Business Press; Sep 1, 1996.
12. *Lee-Potter J. BMA News Review.* 1991: 7(1):12.
13. *Monteagudo JL. El marco de la salud en España.* Madrid: Ed. Instituto de Salud Carlos III; 2000.

14. *Temes JL, Cortes C, Perol J, Torres A. Gestión de procesos asistenciales. Aplicación práctica. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2005.*
15. *Temes JL, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2000.*
16. *Temes JL, , Mengíbar M. Gestión hospitalaria. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2007.*
17. *Vargas GA. La gestión de operaciones de un servicio clínico. En: Ruiz Iglesias, L. Claves para Gestión Clínica. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2004.*
18. *Walston SL, Kimberly JR. Reengineering hospitals: evidence from the field. Hospital and Health Services Administration. 1997;42(2):143-63.*
19. *White T. Gestión Clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. Barcelona: Ed. Masson; 1997.*