

abbvie

AVANZANDO EN GESTIÓN CLÍNICA

REFLEXIONES DE GESTORES Y CLÍNICOS



informe 2013

amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios





ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES	7
2. VISIÓN GENERAL DEL PROYECTO	11
3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES	15
3.1. METODOLOGÍA	15
3.2. GRUPOS DE TRABAJO	15
3.3. PARTICIPANTES	17
3.4. HERRAMIENTA ONLINE	21
3.5. MÉTODO DEL CASO	22
4. RESULTADOS	25
4.1. FUNCIONES DE GESTIÓN	28
4.2. NIVELES DE AUTONOMÍA	30
4.3. EL PAPEL DE PACIENTE	38
4.4. VALORACIÓN EFQM	40
4.5. BARRERAS	45
4.6. INICIATIVAS PARA SUPERAR LAS BARRERAS	50
4.7. CASO DE ESTUDIO	63
5. CONCLUSIONES	69
ANEXOS:	
I. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE GESTIÓN	75
II. DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍA	81
III. CONCEPTOS DE LA VALORACIÓN EFQM	92
IV. FICHA DE INICIATIVA	94



informe 2013

amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios



I. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES



I. PRESENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El fomento del valor del hospital y el apoyo a la gestión integral y eficiente de la salud, favoreciendo la calidad asistencial al paciente son los objetivos con los que AbbVie puso en marcha en 2012 el proyecto Amphos, un programa plurianual de Análisis para la Mejora de los Procesos Hospitalarios. Durante el año 2012, un grupo de 60 Directores Gerentes de diferentes Hospitales Españoles revisó los procesos hospitalarios e identificó diversas oportunidades, que se plasmaron en un conjunto de recomendaciones para la mejora de la eficiencia del sistema y la calidad asistencial, [Informe Amphos 2012](#).

Como continuación al trabajo realizado y con el fin de profundizar en 2013 en las propuestas prioritarias, se decidió poner el foco en la transformación de la organización del hospital hacia un esquema empresarial, transparente y orientado a resultados. En particular se ha trabajado en el área de la [gestión clínica](#), como modelo de incorporación de los profesionales a la gestión y la implantación de una estructura organizativa descentralizada que promueva la innovación, la proximidad al paciente y la mejora de la eficiencia. Para ello se ha contado con un grupo más amplio de profesionales, incluyendo Gerentes, Directores Médicos y Jefes de Servicio de diferentes especialidades.

Así pues, Amphos 2013 recoge la visión y reflexiones de gestores sanitarios y clínicos a nivel nacional sobre cómo avanzar en la implantación de un modelo organizativo basado en [Unidades de Gestión Clínica](#) (UGC), para lo cual han contado con el apoyo metodológico y de coordinación de un experimentado equipo de profesionales del Centro de Investigación en Innovación Sanitaria (CRHIM) del IESE.

De la misma manera que en la edición anterior, el valor de Amphos 2013 reside en la realización del modelo desde dentro del Sistema, por consenso y con una representación amplia de los verdaderos protagonistas de esta transformación.

Es nuestro deseo que este documento contribuya a reforzar el futuro de nuestro sistema sanitario y permita a las organizaciones que hayan decidido avanzar en gestión clínica contar con un conjunto de elementos de referencia que les facilite el diseño de soluciones y la toma de decisiones.

Amphos aspira a contribuir, de forma activa y responsable, a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y forma parte del compromiso de AbbVie como compañía innovadora y centrada en el paciente.

Antonio Bañares

Director de Gestión Sanitaria y Relaciones
Institucionales, AbbVie España





informe 2013

amphos

análisis y mejora de procesos hospitalarios



2. VISIÓN GENERAL DEL PROYECTO

2. VISIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Se lleva mucho tiempo hablando de gestión clínica y la necesidad de su implantación se ha incorporado con fuerza en el debate de gestores y clínicos.

Algunos hospitales ya están trabajando en desarrollos organizativos basados en áreas clínicas, como agrupación de diferentes especialidades operando con mayor autonomía. Pero lo que realmente caracteriza a una organización descentralizada (véase capítulo 4. Estructuras federativas) es la creación de unidades de gestión con objetivos definidos, organización y normas propias, recursos y presupuesto asignados, contrato de gestión acordado con la entidad, autonomía y capacidad de decisión y responsabilidad sobre los resultados clínicos y económicos.

Existe una extensa bibliografía sobre gestión clínica. AMPHOS 2013 no pretende ser un informe conceptual más sobre esta cuestión, que insista en los principios y características del modelo.

La idea de este proyecto ha sido la de recoger la visión y reflexiones de un reconocido y experimentado grupo de gestores y clínicos de este país, muchos de ellos con experiencia real en gestión clínica, y la elaboración conjunta y consensuada de una serie de productos y recomendaciones de valor y utilidad práctica para aquellos centros o Comunidades Autónomas interesadas en avanzar en la implantación de unidades clínicas.

Para alcanzar este objetivo, y partiendo de una formación inicial sobre modelos organizativos, los participantes realizaron diversas sesiones de trabajo y debate presencial y en remoto sobre los aspectos críticos a considerar en el proceso de transformación de un hospital tradicional en una organización basada en Unidades de Gestión Clínica (en adelante UGC) (capítulo 3. Método de trabajo y participantes).

Dichas actividades permitieron recorrer y analizar las diferentes fases, desde la definición y configuración de las UGC (4.7. Caso de estudio), la determinación del nivel de descentralización óptimo de una unidad (capítulos 4.1. Funciones de gestión y 4.2. Niveles de autonomía) y el impacto en el paciente (4.3. El papel del paciente).

Asimismo, los participantes expresaron su posición sobre las ventajas para los profesionales, la calidad asistencial y la eficiencia del hospital (4.4. Valoración EFQM).

Si bien la opinión sobre el valor de la gestión clínica es ampliamente compartida, el grado de implantación de las UGC es todavía muy incipiente. Y en muchas organizaciones que han avanzado no se ha alcanzado los niveles de descentralización y de resultados deseados.

¿Por qué se produce esta situación?. En las sesiones de trabajo en grupo se analizaron y valoraron los principales obstáculos que dificultan la puesta en marcha de las UGC (4.5. Barreras) y los participantes propusieron soluciones, que se consolidaron en las 10 iniciativas clave para superar las barreras (4.6. Iniciativas para superar las barreras).

El proyecto se completó con el estudio de un caso de gestión clínica, que permitió al grupo de gestores y clínicos aplicar los conceptos y enfoques aprendidos a un caso real (4.7. Caso de estudio).







3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

3.1. METODOLOGÍA

Los principios que se consideraron en el diseño del método de trabajo del proyecto AMPHOS 2013 fueron los siguientes:

- Selección de un número de participantes amplio y representativo de los diversos perfiles profesionales (gestores y clínicos), ámbitos territoriales y niveles de experiencia en gestión clínica.
- Establecimiento de un entorno para el desarrollo de los trabajos que facilitase la expresión libre de opiniones y el debate.
- Búsqueda del consenso sobre los resultados generados.
- Aplicación de los conceptos aprendidos a un caso real.

Para alcanzar estos objetivos se llevó a cabo cuatro tipos de actividades:

- Formación inicial en modelos organizativos.
- Debates presenciales.
- Cumplimentación de cuestionarios en remoto.
- Discusión de un caso real.

En el trabajo en remoto se utilizó una herramienta online diseñada específicamente para este proyecto. La discusión del caso siguió la técnica del método del caso de IESE.

A lo largo de proyecto AMPHOS 3013, se desarrollaron un total de 7 ejercicios con diversos grupos de participantes. En el capítulo 4 se describen en profundidad y se presentan los resultados obtenidos.

3.2. GRUPOS DE TRABAJO

Se configuraron dos grupos de trabajo con las siguientes funciones y participación:

- **Grupo Core.** Trabajó en el diseño y valoración de los diferentes elementos del modelo, mediante participación presencial y en remoto.
- **Grupo de Consenso.** Se centró en la validación y ajuste de los resultados generados por el grupo *Core*, realizando aportaciones en remoto.

En total colaboraron 80 personas, 33 del grupo *Core* y 47 del de Consenso, con diferentes niveles de experiencia en gestión clínica (véase figuras 1 y 2).

3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

La existencia de un elevado número de participantes con algún tipo de experiencia en UGC, cercano al 40%, permitió enriquecer los debates y llevarlos a un terreno real y práctico.

Por otra parte y atendiendo a la distribución geográfica (véase figura 3) el grupo representaba ampliamente el territorio nacional con la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas.

Figura 1 - Grupos de trabajo

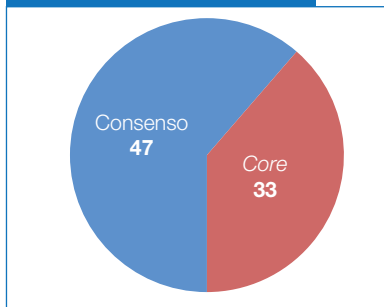


Figura 2 - Experiencia en UGC

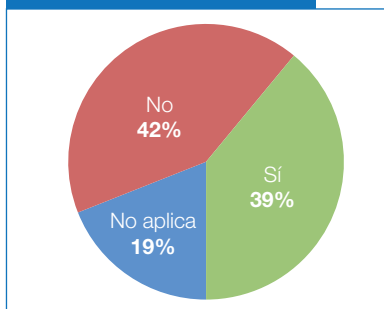
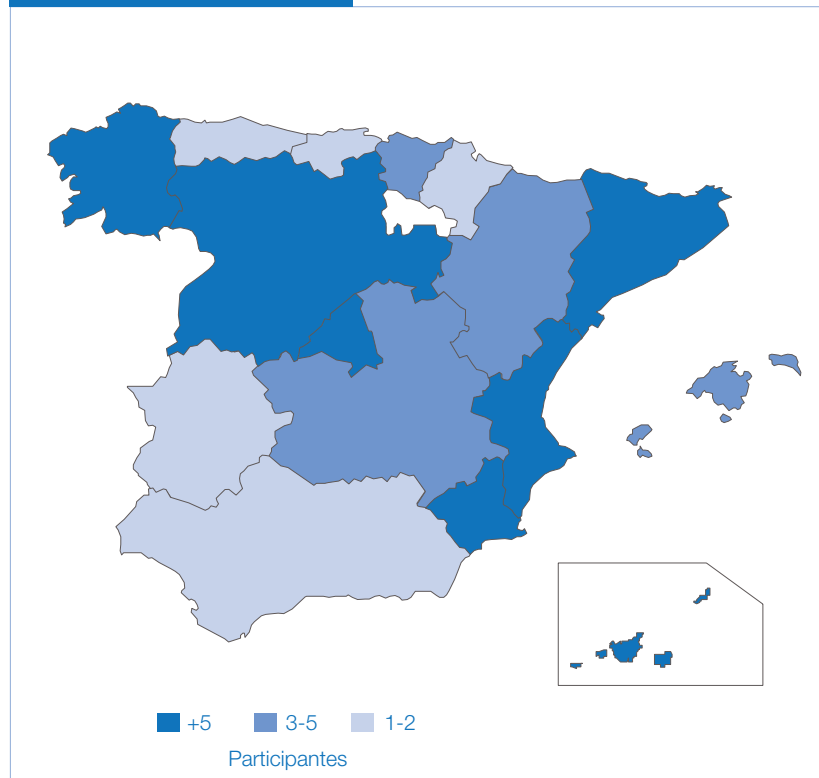


Figura 3 - Distribución geográfica

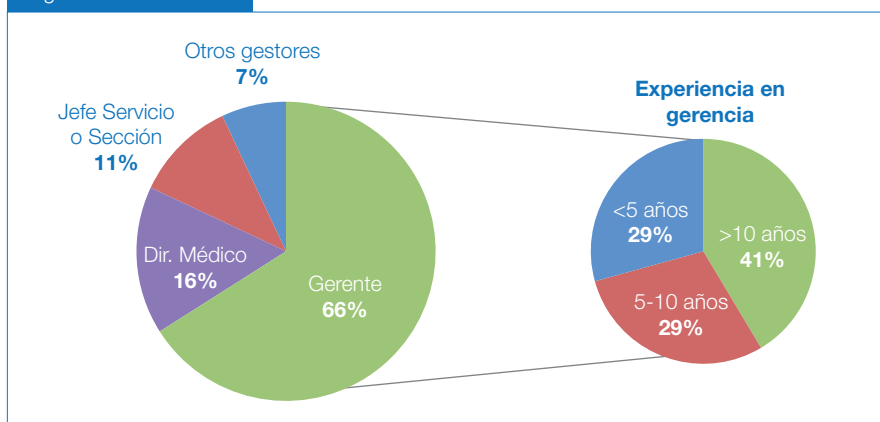


Respecto a los perfiles (véase figura 4), si bien los gerentes siguieron significando una parte relevante, en el estudio de este año se incorporaron nuevos colectivos profesionales:

- Directores médicos (16%).
- Clínicos – jefes de servicio, sección o unidad (11%).

Finalmente y respecto a la experiencia de los gerentes, aproximadamente un 40% llevaba más de 10 años en el cargo, mientras que sólo un 30% habían desempeñado esta función durante menos de 5 años.

Figura 4 - Perfiles



3.3. PARTICIPANTES

A continuación se relacionan las personas que participaron en AMPHOS 2013.

Grupo Core

- Álvarez Cabo, Daniel. Director Médico Hospital Ramón y Cajal
- Álvarez García, Antonio . Director de Atención Sanitaria y Salud Pública. HUCA
- Arenas Díaz, Carlos Alberto. Gerente Departamento de salud Vega Baja de Orihuela .
- Bermejo Pareja, Rosa. Directora Gerente Hospital Universitario Infanta Sofía
- Cubillana Herrero, José Domingo. Director Médico Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- de la Cueva Dobao, Pablo. Jefe de Servicio de Dermatología Hospital Infanta Leonor
- de Sancho Martín, José Luis. Ex Gerente Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- Gallego Lizana, Juan Antonio. Gerente Corporación Sanitaria Parc Taulí
- Gámez Poveda, Alfonso. Director Gerente de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir y Agencia Sanitaria Costa del Sol
- García Vela, José Miguel. Director Médico Hospital Río Hortega
- Gómez Roig, Ángel. Gerente Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
- González González, Mario. Xerente da EOXI de Vigo
- Herranz Quintana, Ricardo. Director Gerente Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- Hoyos García, Melchor. Gerente Hospital Universitari i Politècnic La Fe
- Iribarren Udobro, Ignacio. Ex Gerente Hospital de Navarra
- Ledesma Castelltort, Albert. Responsable Operativo del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad
- Martínez de Pancorbo González, Carmen. Gerente Hospital Universitario 12 de Octubre
- Martínez Jover, Ignacio. Gerente Hospital Torrejón Salud
- Martínez-Novillo González, Mercedes. Director Médico Hospital General Universitario de Alicante

3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

- Matías Guiu, Jordi. Jefe de Servicio de Neurología Hospital Clínico San Carlos
- Moreno Guillen, Santiago. Jefe de Servicio de Infecciosas Hospital Ramón y Cajal
- Palau Pérez, Javier. Director Médico Hospital Universitari i Politènic La Fe
- Pané Mena, Olga. Gerente Hospital del Mar
- Pascual Fernández, César. Gerente Hospital de Valdecilla
- Pascual Santos, Julio. Jefe de Servicio de Nefrología Hospital del Mar
- Pérez Venegas, José. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Reumatología del Hospital de Jerez
- Rabanal Retolaza, Santiago. Gerente Hospital de Cruces
- Rodríguez Vázquez, M^a Holanda. Directora de procesos asistenciales da EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras
- Sánchez Celaya-del Pozo, Marta. Directora Continuidad Asistencial
- Soto Bonel, José Francisco. Director Gerente Hospital Clínico San Carlos
- Vera Mendoza, M^a Isabel. Jefe de Servicio de Gastroenterología Hospital Puerta de Hierro
- Verde Remeseiro, Luis. Xerente da EOXI de Santiago
- Vilanova Fraga, Francisco. Xerente da EOXI da Coruña

Grupo Consenso

- Albaladejo Andreu, José Vicente. Gerente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- Armañanzas Villena, Ernesto. Subdirector Médico Hospital Clínico Universitario, Valencia
- Aspa Marco, Francisco Javier. Director Médico Hospital La Princesa
- Ballester Zárrega, Julen. Gerente Hospital San Eloy
- Brugada Terradellas, Josep. Director Médico Hospital Clinic
- Burón Llamazares, Juan Luis. Gerente Complejo Asistencial Universitario de León
- Codesido López, María. Gerente Hospital Puerta de Hierro
- Cueto Serrano, Mercedes. Directora Gerente Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- del Cacho Malo, Domingo. Gerente Hospital Severo Ochoa (Leganés)
- Díez Gil, Oscar. Subdirector Médico Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria
- Eguizábal Eguizábal, Miguel Ángel. Gerente Hospital San Jorge de Huesca
- Facio Villanueva, Ángel. Xerente da EOXI de Ferrol
- Fernández Pérez, Tomás Salvador. Gerente Hospital Morales Meseguer
- Ferrándiz Foraster, Carlos. Jefe de Servicio de Dermatología Hospital Germans Trias i Pujol

- García Quintans, Antonio. Xerente da EOXI de Lugo, Cervo e Monforte
- Garrido Martín, Modoaldo. Director Gerente Hospital Universitario Fundación Alcorcón
- Gómez Peñalva, Juan Bautista. Gerente Hospital Arnau de Vilanova
- Gomollón García, Fernando. Jefe de Servicio Gastroenterología Hospital Clínico de Zaragoza
- González Álvarez, José Manuel. Xerente da EOXI de Pontevedra e O Salnés
- González Torres, Michol. Gerente Hospital de Basurto
- Gorostiza Jiménez, Carlos. Director Médico Hospital Clínico de Valladolid
- Granados Ulecia, Cristina. Gerente Hospital Grupo Ribera Salud
- Guajardo Remacha, Jon. Gerente Hospital de Galdakao
- Ladrón de Guevara Portugal, José Manuel. Gerente Hospital de Donostia
- López Iglesias, Rafael. Gerente Hospital Virgen de la Concha
- López Moreno, Joaquín. Gerente Departamento de salud de Elche, Hospital General.
- López Puech, Ignacio. Gerente Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
- Maldonado González, Javier. Gerente Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Marqués Espi, Juan Antonio. Gerente Departamento de salud Marina Baixa de Villajoyosa
- Martí Moreno, Luis. Gerente Hospital Clínico Universitario, Valencia
- Martínez Ibáñez, Vicent. Gerente Territorial ICS en Girona
- Montánchez Morera, Manuel. Gerente Hospital de Sagunto
- Montero Moreno, Alfonso. Gerente Hospital Universitario Río Hortega
- Morillo López, José Luis. Gerente Hospital Virgen del Prado (Talavera de la Reina)
- Naranjo Sintés, Víctor. Gerente Complejo Hospitalario Universitario Insular/ Materno Infantil
- Núñez Masid, Eloína. Xerente da EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras
- Ortiz de Valdivielso, Miguel Ángel. Gerente Complejo Asistencial de Burgos
- Pantoja Zarza, Carmen. Gerente Hospital Universitario Infanta Leonor
- Pastor Navarro, Vicente. Gerente Hospital Universitario Doctor Peset
- Pérez Civantos, Demetrio. Director Médico Hospital Infanta Cristina (Badajoz)
- Pérez Climent, Francisco. Gerente Hospital General de Castellón
- Rubial Bernárdez, Félix. Director Xeral de Asistencia Sanitaria Servicio Galego de Saude
- Sánchez Hernández, José Miguel. Gerente Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
- Simarro Mir, Fernando. Jefe del área de Planificación, calidad y control de proyectos del Hospital General Universitario de Valencia
- Sola Lamoglia, Ricardo. Jefe de Sección de Hepatología. Hospital del Mar
- Soley Bach, Pere. Gerente Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Gerente territorial ICS
- Valero Doménech, Amparo. Director Médico Hospital Universitario Doctor Peset



3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

Profesionales de AbbVie

Antonio Bañares. Director de Gestión Sanitaria y Relaciones Institucionales.

María Jesús Pérez. Gerente de Proyectos Estratégicos. Gestión Sanitaria.

Beatriz Alfonso. Técnico de Gestión Sanitaria.

Profesionales del IESE-CRHIM

Jaume Ribera. Profesor de IESE, Departamento de Operaciones, y Director del CRHIM.

Javier Mur. Senior Associate del CRHIM.

Gabriel Antoja. Project Manager del CRHIM.

Advisors y colaboradores del IESE-CRHIM

Jaume Durán. Director General de la Fundación Sanitaria de Mollet.

David Font. Director de Estrategia y Planificación del Hospital Clinic de Barcelona.

Albert Jovell. Presidente del Foro Español de Pacientes.

Joaquim Vilá. Profesor de IESE, Departamento de Estrategia.

José Ramón Pin. Profesor de IESE, Departamento de Personas en las Organizaciones.

Otros colaboradores

Bernardo Valdivieso Martínez. Director de Planificació Hospital Universitari i Politècnic La Fe.

Sergio Blasco Perepérez. Gerente Hospital Universitario General de Valencia.

Beatriz Sánchez-Peral Sánchez. Directora Médico Hospital General de Castellón.

Amparo Rufino Valor. Directora Médico Hospital Clínico Universitario, Valencia.

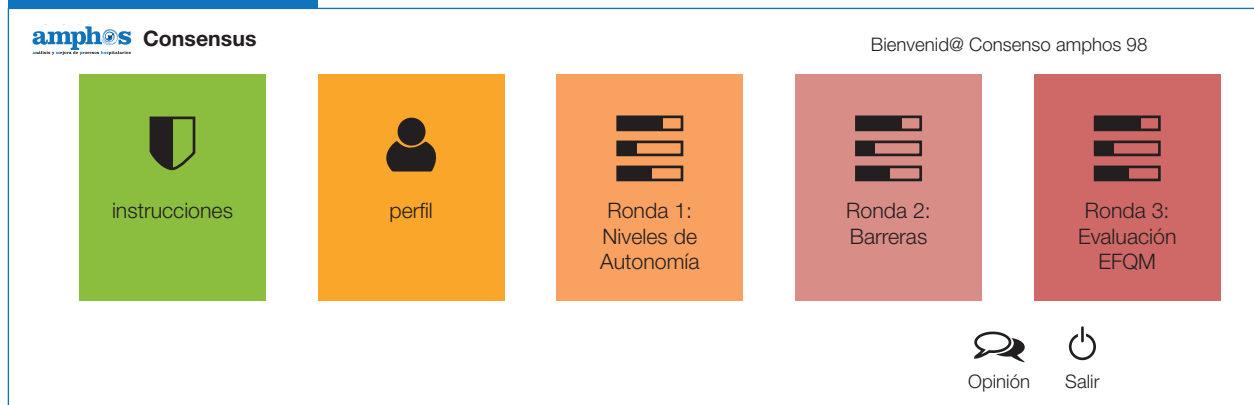
Alfonso Payá Rubio. Subdirector Médico. Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Queremos agradecer la estimable colaboración de todos los participantes, que demostraron gran dedicación y entusiasmo tanto en los debates como en sus aportaciones posteriores, haciendo una mención especial a nuestro compañero fallecido, el Doctor Albert Jovell, por su valiosa contribución al desarrollo del presente informe.

3.4. HERRAMIENTA ONLINE

Para facilitar el trabajo en remoto los participantes valoraron los diferentes elementos del modelo a través de la herramienta online AMPHOS Consensus (véase figura 5).

Figura 5 - Herramienta online



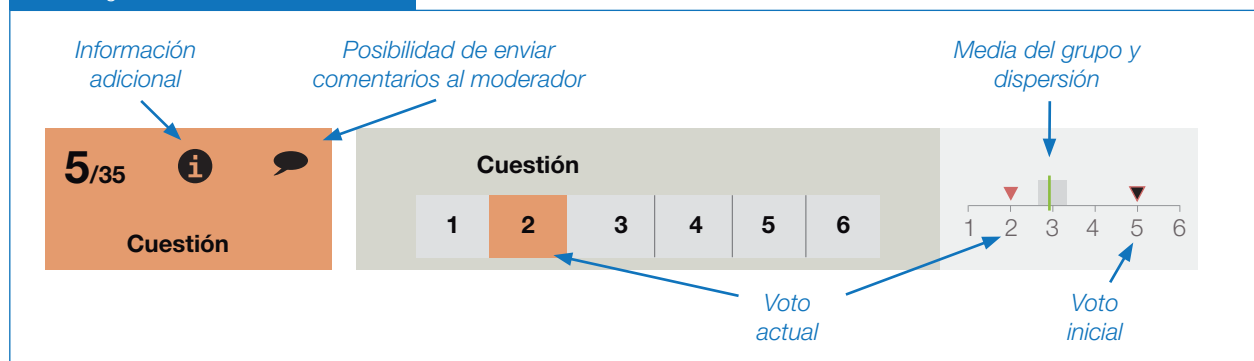
Se realizaron 3 Rondas de evaluación en las que se puntuó:

- Ronda 1: Niveles de Autonomía de 35 Funciones de gestión.
- Ronda 2: Priorización de 15 Barreras.
- Ronda 3: Mejora de resultados de 21 Conceptos EFQM.

Una de las características destacadas de la herramienta era la posibilidad que tenía el participante de modificar su decisión tras conocer la opinión del grupo.

Efectivamente, el usuario emitía primero su voto y a continuación el sistema le mostraba la media y la dispersión del grupo. Con esta información podía recapacitar y cambiar su puntuación, si así lo estimaba oportuno (véase figura 6).

Figura 6 - Cambio de voto



La participación en la herramienta fue del 82%, y el 97% de los usuarios se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la experiencia.



3. MÉTODO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES

3.5. Caso

El método del caso es una técnica de aprendizaje que prepara a los estudiantes a afrontar y resolver situaciones empresariales y proponer cambios.

El ejercicio se basa siempre en un caso real. Los participantes lo examinan, detectan los problemas, discuten enfoques para su resolución y evalúan las consecuencias de las diversas alternativas de acción.

Para obtener los máximos beneficios de esta metodología, se trabaja en tres fases (véase figura 7):

1. Estudio individual

Los alumnos preparan el caso individualmente y reflexionan sobre las principales cuestiones.

2. Trabajo en equipo

Se forman grupos de discusión de 8-10 personas para comparar el análisis y contrastar puntos de vista.

3. Sesión general

Finalmente se celebra una reunión conjunta de todos los participantes, con un profesor que facilita y favorece el debate exhaustivo del caso, desarrollando los conceptos objeto del caso y mejorando las capacidades directivas.

Figura 7 – Fases del método del caso





4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

El proyecto se inició con una sesión de formación y discusión con el grupo *Core* sobre los modelos organizativos y su evolución.

Tras repasar las estructuras simples (el modelo lineal, basado en el principio de la jerarquía y el control; y el modelo funcional, que enfatiza la especialización), se analizaron las estructuras complejas clásicas (la organización divisional, cuyo objetivo es la agilización de las decisiones y la orientación a resultados; y la estructura matricial, que más que un modelo es una forma de coordinar actividades combinando los modelos funcional y divisional).

Finalmente, y como objetivo central de sesión, se describió en detalle el modelo federal, solución compleja y avanzada y más adaptada a los desafíos de las organizaciones hospitalarias inmersas en el desarrollo de la gestión clínica.

ESTRUCTURA FEDERATIVA

Las grandes compañías se enfrentan a un dilema que las organizaciones tradicionales no resuelven. Consiste en la necesidad de ser simultáneamente grande, para alcanzar las economías de escala y responder a la complejidad asociada a ciertos procesos; y pequeño, flexible y adaptable, para poder ofrecer un servicio personalizado al cliente y conseguir una mayor cercanía y compromiso de los profesionales que componen la organización.

La estructura federativa responde adecuadamente a este conflicto. En esta forma organizativa, la empresa se divide en unidades de negocio relativamente pequeñas y con una gran autonomía de gestión. Complementariamente, estas unidades aprovechan las ventajas de disponer de un conjunto centralizado de servicios que potencian las actividades para las que las economías de tamaño son importantes.

Los principios que rigen las organizaciones federativas son los siguientes:

- **Subsidiaridad**, que implica situar el poder de decisión en el punto más cercano al cliente y lo más bajo posible en la organización.
- **Interdependencia**, que trata de evitar la concentración de poder, al distribuirse entre las unidades federadas y las centrales.
- **Lenguaje común**, que asegura que todas las unidades siguen la misma estrategia, comparten valores y principios y cumplen unas reglas de funcionamiento a las que se supeditan.
- **Separación de poderes**, que especifica con claridad las responsabilidades y funciones de gestión centrales y las de las unidades.



4. RESULTADOS

Las Unidades de Gestión Clínica se encuadran dentro del modelo federal, y sus características facilitan la consecución de los objetivos de la gestión clínica: orientar la actividad hacia el proceso asistencial y el paciente e implicar a los profesionales en la gestión de recursos.

Una vez completada la formación y tal como se describe en apartado 3.1 Metodología, el grupo de gestores y clínicos participó en 7 ejercicios de intenso debate, en los que, tras compartir los diversos puntos de vista, se alcanzó un consenso general sobre los resultados obtenidos.

A continuación se presentan los objetivos y productos que se generaron en cada uno de los ejercicios:

[Ejercicio 1: Funciones de gestión \(31 participantes\)](#)

Objetivo: Elaborar una lista exhaustiva de las actividades de gestión susceptibles a ser transferidas a la UGC.

Esta relación constituye una referencia de gran valor para aquellos hospitales que hayan decidido avanzar en gestión clínica, y es un punto de partida para el desarrollo de los Acuerdos de Gestión entre el hospital y la UGC.

[Ejercicio 2: Niveles de autonomía \(72 participantes\)](#)

Objetivo: Determinar los niveles de autonomía óptimos para cada una de las Funciones de gestión.

Consistió en construir el modelo de descentralización ideal, en una situación sin restricciones. Evidentemente algunos de estos niveles no podrán alcanzarse debido a las circunstancias y limitaciones propias de cada centro. Pero la utilidad del patrón generado radica en la posibilidad de analizar el *gap* existente y conocer las áreas donde el hospital tiene que focalizarse para progresar hacia la situación deseada.

[Ejercicio 3: El papel del paciente \(20 participantes\)](#)

Objetivo: Conocer la opinión de los gestores y clínicos sobre el impacto de la gestión clínica en el paciente.

Partiendo de la visión del paciente, representado por el presidente del Foro Español de Pacientes, el grupo reflexionó sobre cómo las UGC mejoran la coordinación asistencial, la participación y la satisfacción del paciente.

Este ejercicio se complementó con el de la Valoración EFQM, en el que, entre otras dimensiones, se analizaron los resultados en los Pacientes.



Ejercicio 4: Valoración EFQM (27 participantes)

Objetivo: Evaluar si un hospital organizado en unidades clínicas obtiene mejores resultados que un hospital tradicional.

Mediante una adaptación del modelo EFQM, los participantes valoraron si la gestión clínica facilita la mejora de resultados en una serie de conceptos esenciales. En particular se estudió el impacto en los pacientes, en los profesionales, en la calidad asistencial y en los costes.

Ejercicio 5: Barreras (72 participantes)

Objetivo: Identificar los principales obstáculos que limitan el avance de la gestión clínica.

Los participantes debatieron sobre las dificultades a las que se enfrentan y que les condicionan en el proceso de implantación de las UGC. Como resultado del ejercicio se obtuvo una relación priorizada de las principales barreras.

Ejercicio 6: Iniciativas (56 participantes)

Objetivo: Definir acciones concretas que ayuden a superar las dificultades.

Partiendo de una aportación individual de ideas, enriquecida por un posterior debate en grupos, se recogieron propuestas de solución. Dichas acciones se consolidaron según su naturaleza en lo que denominó las 10 Iniciativas para superar las barreras.

Ejercicio 7: El Caso (56 participantes)

Objetivo: Aplicar a un caso real los conceptos y conocimientos adquiridos en los ejercicios anteriores.

Durante el debate del caso se discutieron aspectos relacionados con la configuración de las UGC, el nivel de descentralización y, en especial, las dificultades a las que se enfrenta un hospital para desplegar las áreas clínicas. El grupo se centró en la discusión de alternativas de solución.

En las páginas siguientes, se describe el proceso seguido en cada ejercicio y los resultados obtenidos. El texto incluye las opiniones y reflexiones surgidas en los debates de los gestores y clínicos, que se intercalan mediante frases entrecuilladas y en *cursiva*.



4. RESULTADOS

4.1. FUNCIONES DE GESTIÓN

Para un buen funcionamiento de las UGC es fundamental establecer el marco de relación entre las unidades y el hospital a través de un Acuerdo de Gestión específico que incluya, entre otros aspectos, los objetivos, la cartera de servicios, el volumen de actividad, los niveles de calidad, el modelo de financiación y las funciones o responsabilidades de gestión.

El primer ejercicio que se llevó a cabo consistió precisamente en identificar las actividades de gestión susceptibles a ser delegadas a la UGC.

Se definió como Función de gestión aquella actividad no asistencial en la que la UGC debería participar, con mayor o menor capacidad de decisión.

Durante el debate, las funciones identificadas se clasificaron en los siguientes 4 ámbitos, que se corresponden con los agentes del modelo de excelencia EFQM (véase figura 8):

- Liderazgo y Estrategia.
- Personas.
- Recursos y Alianzas.
- Procesos.



A continuación se presenta la relación de las 35 Funciones de gestión seleccionadas y cuya descripción se detalla en el Anexo I

Liderazgo y Estrategia

1. Desarrollar el plan estratégico de la UGC.
2. Definir la cartera de servicios de la UGC.
3. Definir la política de investigación de la UGC.
4. Definir la política docente de la UGC.
5. Elaborar el presupuesto anual de la UGC.
6. Definir el organigrama y el funcionamiento de la UGC.
7. Asignar los puestos de responsabilidad de la UGC.
8. Controlar el cumplimiento del presupuesto.

Personas

9. Seleccionar al personal facultativo de la UGC.
10. Seleccionar al personal de enfermería de la UGC.
11. Seleccionar al resto de personal de la UGC.
12. Determinar la política retributiva, de evaluación y carrera profesional del personal de la UGC.
13. Evaluar, asignar complementos y promocionar al personal de la UGC.
14. Definir las competencias y funciones de las personas de la UGC.
15. Formar y desarrollar a los profesionales de la UGC.

Recursos y Alianzas

16. Definir el catálogo de compra de productos sanitarios de la UGC.
17. Definir el catálogo de compra de productos no sanitarios de la UGC.
18. Definir el catálogo de compra de farmacia de la UGC.
19. Definir las políticas de reposición de productos clave de la UGC.
20. Determinar las inversiones tecnológicas de la UGC.
21. Definir los requerimientos de los sistemas de información clínicos de la UGC.
22. Definir los requerimientos de los sistemas de información de gestión de la UGC.
23. Desarrollar las alianzas estratégicas con organizaciones externas a la UGC.
24. Seleccionar a los proveedores de servicios externos específicos de la UGC.
25. Seleccionar los servicios de soporte clínico de la UGC.

Procesos

26. Diseñar las prestaciones y procesos de la UGC.
27. Definir los indicadores de calidad y eficiencia de los procesos de la UGC.
28. Planificar las actividades y los recursos de la UGC.
29. Definir la coordinación de la UGC con otras unidades internas o de otros centros.
30. Controlar los procesos y la variabilidad de la práctica clínica en la UGC.
31. Evaluar los resultados de actividad y de salud de la UGC.
32. Comparar los procesos y los servicios de la UGC (benchmarking).
33. Realizar mejoras en los procesos de la UGC.
34. Gestionar el conocimiento de la UGC.
35. Relacionarse con el paciente de la UGC.

Esta lista de funciones, elaborada como fruto del consenso de un grupo altamente experimentado y cualificado de gestores y clínicos, tiene una gran utilidad en el diseño de las UGC, puesto que incorpora todos los aspectos fundamentales a tener en cuenta en el desarrollo del modelo de gestión y de responsabilidad entre el hospital y la UGC.



4. RESULTADOS

4.2. NIVELES DE AUTONOMÍA

Uno de los objetivos de la gestión clínica es la dotación a los profesionales de las responsabilidades necesarias para la toma de decisiones que les permita incrementar la calidad asistencial y la eficiencia en la utilización de recursos.

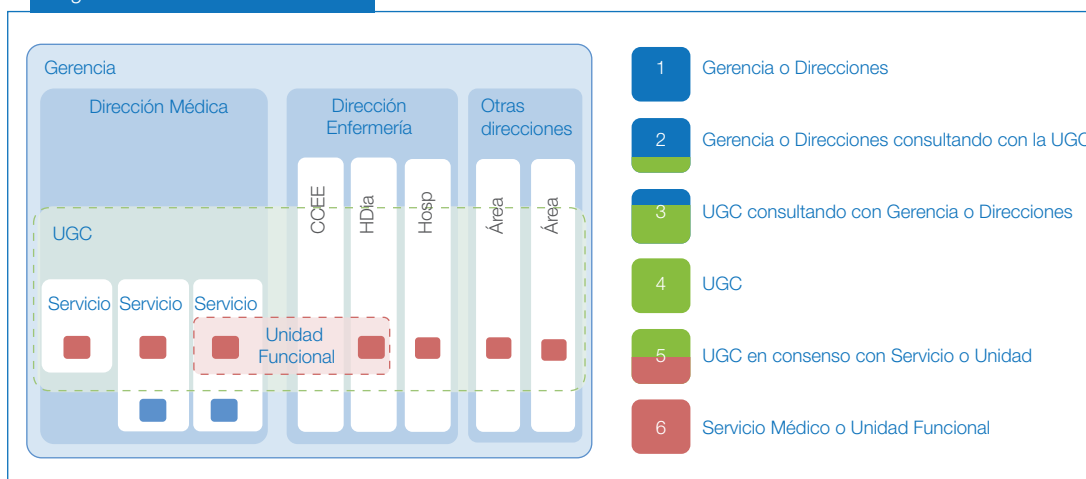
Esta fue la cuestión que se trató en este segundo ejercicio. La discusión se centró en determinar el grado de responsabilidad más adecuado para cada una de las 35 funciones de gestión, teniendo en cuenta que el nivel de autonomía cedido por los gestores debía ser proporcional a la asunción de riesgos y al compromiso con los resultados adquiridos por parte de los clínicos.

Para ello se creó una metodología específica para evaluar de forma objetiva, numérica y comparable el grado de descentralización de una UGC (véase figura 9).

Se basaba en la medición del nivel de autonomía de acuerdo a los siguientes 6 valores, que se correspondían con el nivel jerárquico más adecuado para la toma de decisiones:

- 1. Gerencia o Direcciones.** La principales decisiones relacionadas con la función las toma exclusivamente la Gerencia o las Direcciones.
- 2. Gerencia o Direcciones consultando con la UGC.** Gerencia o Direcciones deciden tras consultar con la UGC.
- 3. UGC consultando con Gerencia o Direcciones.** La UGC es quien lleva el peso en la decisión contando con la opinión de Direcciones o Gerencia.
- 4. UGC.** La dirección de la UGC decide con total autonomía.
- 5. UGC en consenso con el Servicio Médico o la Unidad Funcional.** La dirección de la UGC consulta y acuerda con el correspondiente Servicio o Unidad.
- 6. Servicio Médico o Unidad Funcional.** El Servicio o Unidad pueden decidir sin necesidad de aprobación por parte de la dirección de la UGC.

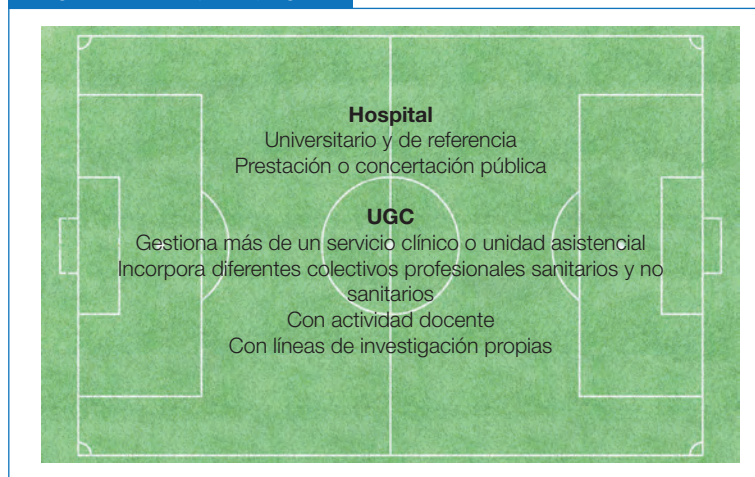
Figura 9 - Niveles de autonomía



Para centrar la discusión en un contexto común, se solicitó a los participantes que no pensarán en su hospital, sino que consideraran el siguiente marco de referencia o “campo de juego” (véase figura 10):

- Una UGC compleja que gestiona más de un servicio o unidad asistencial.
- Que incorpora diferentes colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Con actividad docente.
- Con líneas de investigación propia.
- Dentro de un hospital universitario y de referencia.
- De prestación o concertación pública.

Figura 10 - “Campo de juego”



Asimismo, como el objetivo era construir el esquema de responsabilidad ideal y de máximo rendimiento, la selección debía realizarse pensando en una situación sin restricciones. Ya se revisarían en un ejercicio posterior las barreras que dificultan alcanzar estos niveles idóneos de autonomía.

Aún considerando las limitaciones estadísticas del ejercicio, debido al tamaño de la muestra, especialmente en los clínicos, las puntuaciones reflejaron un elevado consenso por perfil en la mayoría de funciones y, por tanto, proporcionaron una orientación válida a efectos de este estudio sobre la posición de los diferentes colectivos.

Así se puede comprobar en el Anexo II, donde se detallan las valoraciones por gerente, director médico y clínico utilizando dos métodos estadísticos, media/desviación típica y mediana/rango inter-cuartil. En ambos casos los valores promedio son muy similares y las dispersiones en general pequeñas.

En las páginas siguientes se presentan los resultados globales del ejercicio así como un análisis por cada uno de los 4 ámbitos de gestión y perfil.

4. RESULTADOS

Resultados globales

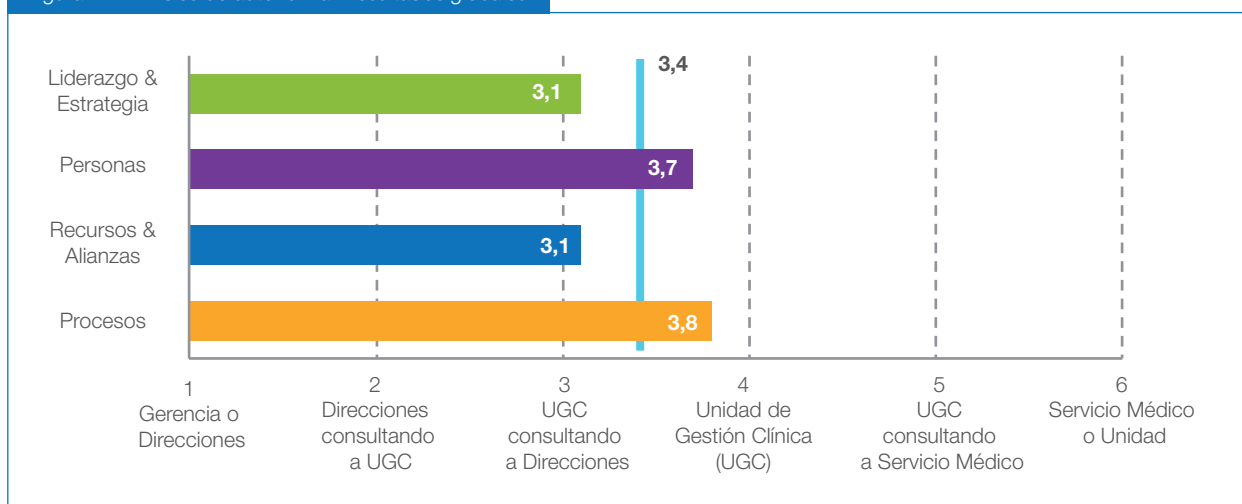
Las UGC han de tener un nivel de autonomía alto, especialmente en gestión de Personas y Procesos. Esta es la conclusión general a la vista de los resultados consolidados.

El nivel medio global votado fue de 3,4, lo que significa que las decisiones de gestión han de ser asumidas en general por la UGC, ya sea de forma completamente autónoma o consultando con las direcciones (véase figura 11).

Por ámbito destacan los valores de 3,7 en gestión de Personas y 3,8 en gestión de Procesos.

Si bien era predecible que resultara un alto nivel de delegación en Procesos, es interesante observar la propuesta de descentralización en las decisiones relativas a las personas, que recaen de forma muy clara en la UGC.

Figura 11 - Niveles de autonomía: Resultados globales



Resultados por perfil

Un primer análisis de resultados indicó que los gerentes y los directores médicos coincidían en gran medida en el esquema de delegación (véase figura 12).

Sin embargo los participantes con perfil clínico (jefes de servicio, sección o unidad) eligieron un modelo con mayor autonomía que los gestores. Efectivamente, en todos los ámbitos la puntuación de los clínicos fue sistemáticamente superior.

Figura 12 - Niveles de autonomía:
 Resultados por perfil (se destaca en fondo azul los valores con diferencia > 0,2)

	Global	L&E	Personas	R&A	Procesos
Resultados globales	3,4	3,1	3,7	3,1	3,8
Gestores	3,4	3,0	3,7	3,1	3,8
- Gerentes	3,4	3,0	3,7	3,1	3,8
- Directores Médicos	3,5	3,1	3,8	3,1	3,9
Clínicos	3,7	3,6	3,9	3,3	4,1
Con experiencia en UGC	3,5	3,1	3,7	3,1	3,9
Sin experiencia en UGC	3,5	3,1	3,8	3,1	3,8
< 10 años de gerente	3,3	3,0	3,7	3,0	3,7
> 10 años de gerente	3,5	3,1	3,7	3,2	3,9

Este resultado demostró que los futuros responsables de las UGC, y por tanto los receptores de mayor responsabilidad, deseaban tener más capacidad de decisión de la que los gestores estaban dispuestos a ceder.

Este *gap*, que es algo natural en las organizaciones federativas, fue más evidente en el ámbito de Liderazgo y Estrategia.

Por otra parte se observó que el hecho de tener o no experiencia previa en gestión clínica no suponía un cambio en la opinión de los participantes.

No obstante, sí se constató una variación entre los gerentes con más tiempo en el cargo, que se manifestó en una mayor predisposición a delegar respecto a los gerentes menos experimentados.

Resultados en Liderazgo y Estrategia

Antes de presentar los resultados sobre los niveles seleccionados, a continuación se describen algunas de las reflexiones que surgieron en el debate sobre Liderazgo y Estrategia:

“Cualquier cambio organizativo de relevancia requiere un clara visión estratégica de lo que se pretende conseguir y de un fuerte liderazgo para conducir con éxito el proceso”.

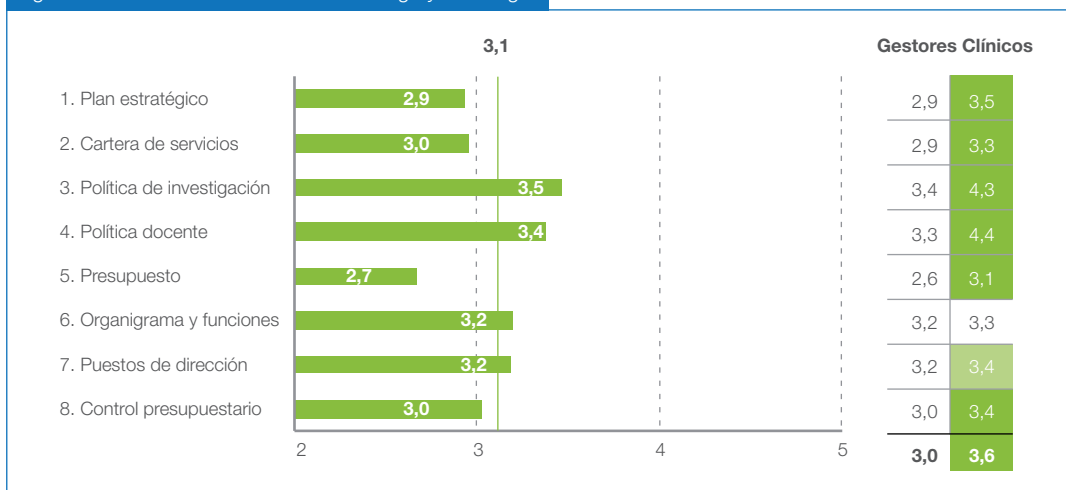
“La selección de los líderes de las UGC debe venir desde abajo y por los profesionales, en contraposición a las habituales designaciones desde la dirección. El objetivo es conseguir la complicidad con el futuro responsable desde el primer momento”.



4. RESULTADOS

Analizando los resultados, se observó que se trataba de un ámbito de gestión que se valoró con un nivel de autonomía medio (3,1). La mayoría de las funciones se situaron en el nivel 3 (UGC consultando con las direcciones), excepto en tres casos (véase figura 13).

Figura 13 - Niveles de autonomía: Liderazgo y Estrategia



Presupuesto, con una valoración de 2,7, fue la función más centralizada tanto en éste ámbito como en global.

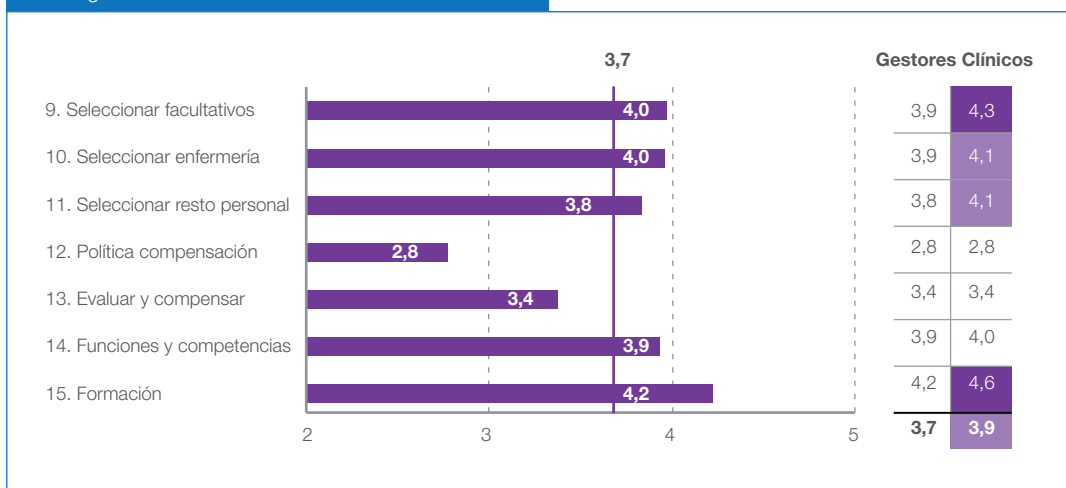
En el otro extremo se situó Política de Investigación (3,5) y Política Docente (3,4), donde el grupo consideró que era necesaria una mayor implicación de la UGC.

Las diferencias entre gestores y clínicos fueron significativas y se repitieron en todas las funciones excepto en Organigrama y funciones, donde ambos colectivos prácticamente coincidieron.

Resultados en Personas

Tal como se ha descrito anteriormente, el grupo opinó, con una valoración de 3,7, que la gestión de las personas debía recaer mayoritariamente en la UGC (véase figura 14).

Figura 14 - Niveles de autonomía: Personas



Efectivamente, los resultados indicaron que la Selección del personal (facultativos, enfermería y otros), la Definición de funciones y competencias y la Formación son aspectos en los que la UGC ha de tener máxima autonomía.

“Es muy importante poder elegir a las personas que van a formar parte de tu equipo. Sin un mismo nivel de compromiso de todos es mucho más difícil alcanzar un alto rendimiento. Y ello incluye no sólo a los médicos, sino al personal de otros estamentos clave, como enfermería”.

“La formación y el desarrollo profesional son objetivos esenciales en las UGC, como lo han venido siendo en los servicios tradicionales. Lo que cambia es su contenido, que incorpora nuevos conceptos relacionados con la gestión económica y de personas”.

No obstante, no ocurrió lo mismo en lo que respecta a la Compensación (2,8), donde el grupo escogió un modelo centralizado.

“La política retributiva se debe definir centralizadamente”

“Es necesario que exista un patrón común que se aplique en todo el centro y que evite que cada UGC tenga un modelo divergente que genere inconsistencias y cause conflictos”.

Respecto a la función de Evaluación y compensación, si bien el esquema elegido fue de alta delegación, el grupo consideró que debía realizarse con cierto consenso con las direcciones (3,4).

“La delegación de responsabilidad debe venir acompañada de unas reglas de juego para el reparto de incentivos, de manera que la gestión no únicamente sea una cuestión en la que están implicados los gerentes y los jefes de servicio, sino la totalidad de los equipos profesionales”.

También en este ámbito hubo diferencias de opinión, aunque menores, entre gestores y clínicos. Destacaron las relativas a Selección de facultativos y Formación, en la que los responsables de las UGC reclamaron mayor responsabilidad.

Resultados en Recursos y Alianzas

Al igual que en Liderazgo y Estrategia, los participantes otorgaron a este ámbito un nivel de delegación medio (véase figura 15).

Respecto a la función de compras, el grupo opinó que:

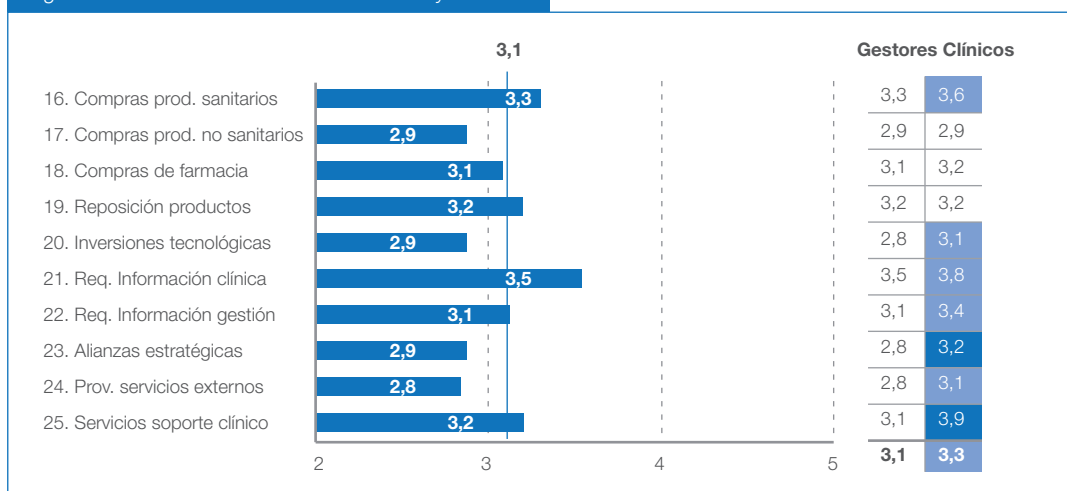
“La compras, por economías de escala, deben ser negociadas centralizadamente por estamentos superiores a la UGC”.

“En lo que sí debe participar la UGC es en la definición del catálogo de compras.”



4. RESULTADOS

Figura 15 - Niveles de autonomía: Recursos y Alianzas



Efectivamente, los participantes asignaron a este último concepto una valoración que fue desde 2,9 en el catálogo de Compras de productos no sanitarios hasta 3,3 en productos sanitarios, lo que indicó que la UGC debía influir decisivamente en su selección.

Por otra parte, destacó por su mayor descentralización, la determinación de Requerimientos de información clínica (3,5).

“Es fundamental la implicación de la UGC en el diseño de un sistema de información clínica y de costes que permita conocer la evolución de la actividad asistencial, a través de cuadros de mando”.

Gestores y clínicos no coincidieron en la gestión de Alianzas estratégicas y, sobre todo en la de Servicios de soporte clínico, que en opinión de estos últimos deberían ser gestionados en exclusiva por la UGC (3,9).

Resultados en Procesos

Abordar un profundo cambio organizativo sin resolver previamente las deficiencias en herramientas, información y procesos, no da resultado.

“La gestión por procesos es el camino y la condición indispensable para facilitar una aplicación eficiente del modelo de UGC. La simple transferencia de tareas, recursos, responsabilidades y riesgos no conduce a nada. Y esto es lo que está ocurriendo en algunas de las experiencias actuales en nuestro país”.

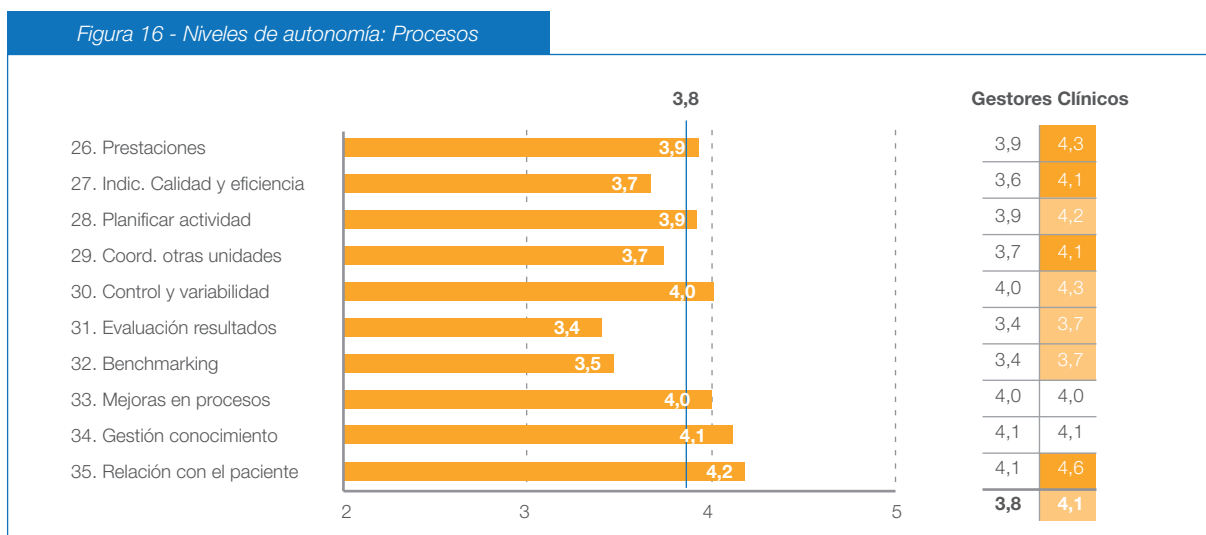
“Previamente al despliegue de la gestión clínica, es necesario revisar los procesos asistenciales para eliminar ineficiencias, y redefinirlos bajo una perspectiva de respuesta integral al paciente”.

En la redefinición de procesos, el peso debe recaer principalmente en los clínicos.

“Tanto en la transformación de los procesos como en su posterior gestión, es esencial la implicación de los profesionales de la UGC”.

Y así lo reflejaron los resultados obtenidos, siendo, con una puntuación de 3,8, el ámbito con mayor nivel de autonomía.

La diferencia de valoración fue general entre gestores y clínicos, reclamando estos últimos mayor capacidad de decisión en todos las funciones, excepto en Mejora de procesos y Gestión del conocimiento (véase figura 16), donde los gestores ya estaban de acuerdo en ceder el protagonismo a la UGC.



Tal como se ha mencionado anteriormente, el objetivo de este ejercicio sobre niveles de autonomía era determinar cuál era el modelo de descentralización ideal entre el hospital y la UGC, en un contexto teórico y sin restricciones.

El perfil de delegación obtenido constituye una referencia práctica de gran utilidad, tanto en la creación de nuevas unidades, como en el análisis de las posibles oportunidades de progreso hacia un esquema más eficiente.

Evidentemente, la realidad nos presenta obstáculos y dificultades que no permiten alcanzar los niveles deseados.



4. RESULTADOS

En estos casos, la solución no pasa por renunciar a conseguir los objetivos, sino en afrontar las barreras que nos impiden avanzar.

“Los grados de autonomía deben ser progresivos, en la medida que van resolviéndose las dificultades en el camino”.

En ejercicios posteriores se analizaron estas dificultades y se propusieron acciones para superarlas.

4.3. EL PAPEL DEL PACIENTE

La implantación de las UGC en un hospital comporta cambios organizativos de gran calado que afectan a todos los colectivos y, en especial, al paciente. En el diseño de estos cambios, es fundamental considerar al paciente como elemento central en la mejora de los procesos asistenciales.

El tercer ejercicio que se planteó a los participantes consistió precisamente en debatir el impacto que este nuevo modelo supone para el ciudadano.

Para enfocar la discusión, se partió de la perspectiva del paciente, representada por el Doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes:

“Las UGC pueden facilitar una mayor orientación de la organización al paciente, si se configuran de manera que:

- *Potencien la **coordinación asistencial**. El paciente en ocasiones se siente perdido dentro del hospital sin que nadie se preocupe de su proceso.*
- *Incorporen mecanismos para que el **paciente participe**. El paciente suele tener un papel pasivo y se siente poco informado.*
- *Midan de forma sistemática la **experiencia del paciente**. No se evalúa de forma sistemática la satisfacción del paciente.”*

A continuación resumimos las principales reflexiones del grupo sobre estos tres conceptos:

“Las UGC actúan como elemento integrador en la atención al paciente crónico dentro del hospital y en coordinación con primaria”.

“El paciente reclama una figura de referencia que le dé continuidad y le haga sentir que se le atiende en su medio, sin hacerle ir y venir por el hospital. Las UGC facilitan este objetivo”.

“Las UGC permiten acercar la organización y la toma de decisiones a las necesidades de los pacientes”.



“La proximidad de las UGC permite una creciente participación de los pacientes en la toma de decisiones compartidas, ya sea de modo individual (pacientes expertos) o a través de asociaciones”.

“Las UGC, al ser más próximas, facilitan la educación al paciente para que sea responsable de su enfermedad y de las decisiones sobre su tratamiento”.

“En la utilización de recursos es necesario aplicar criterios racionales. Ni el paciente siempre tiene la razón, ni todos los pacientes son iguales.”

“La enfermería tiene una labor importante en la educación del paciente. Su encaje en la UGC es clave y su papel se potencia”.

“El cambio organizativo supone una oportunidad para revisar los procesos. Uno de los aspectos a considerar en esta transformación es la atención al paciente”.

“El paciente debe saber lo que cuesta su proceso y sentirse copartícipe. Aunque no sea desde el punto de vista del pago, al menos debe conocer y ser consciente del esfuerzo y de los recursos utilizados. Iniciativas en este sentido, como la factura sombra, se han ido relegando, sin razones aparentes. Las UGC, al estar más cercanas al paciente, pueden contribuir a conseguir este objetivo”.

El resultado del debate mostró un alineamiento entre las expectativas del paciente, que reclama mayor continuidad asistencial y participación, y la opinión de los participantes, que confirmaron que la gestión clínica facilitaba el cumplimiento de estas demandas.

En el siguiente ejercicio y utilizando otra metodología, se evaluaron los beneficios generados por las UGC. Entre otros criterios, se volvió a analizar el impacto en el paciente, y el resultado ratificó que es uno de los agentes más favorecidos por la gestión clínica.



4. RESULTADOS

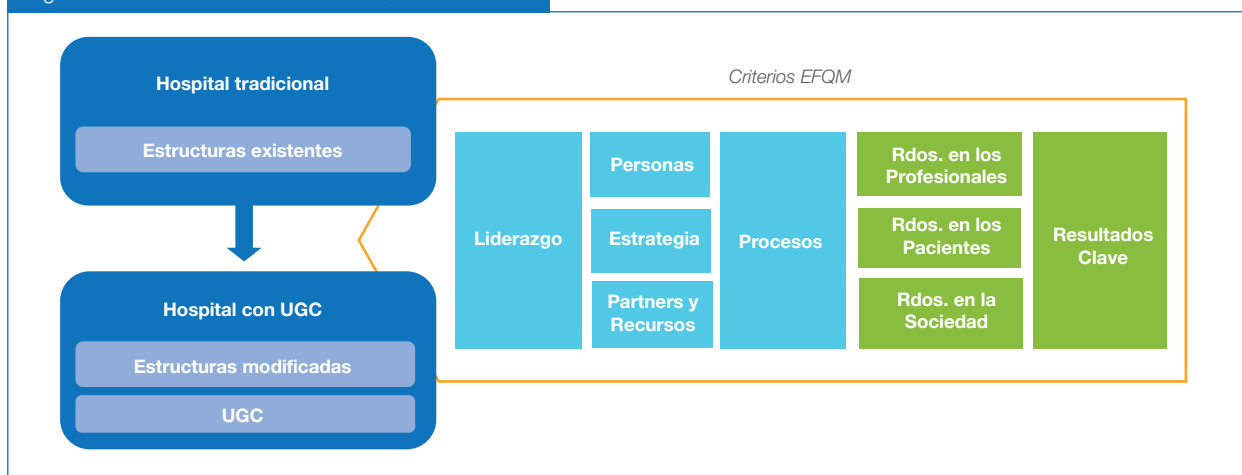
4.4. VALORACIÓN EFQM

La descentralización de la gestión ha sido objeto de numerosas experiencias en todas las Comunidades Autónomas y en otros países de nuestro entorno.

No obstante, aunque existe una amplia bibliografía sobre gestión clínica, poco se ha documentado sobre los resultados obtenidos en situaciones reales.

Sin pretender dar respuesta a esta necesidad, el objetivo de este cuarto ejercicio fue conocer la opinión consensuada de gestores y clínicos respecto a los beneficios que aporta esta nueva organización.

Figura 17 - Criterios de Resultados EFQM



Concretamente, el trabajo consistió en evaluar si un hospital organizado en UGC obtiene mejores resultados que un hospital tradicional.

Para ello, y partiendo de una adaptación del modelo EFQM, el grupo valoró 21 conceptos (véase detalle en Anexo III) clasificados según los criterios de resultados siguientes (véase figura 17):

- Resultados en los Profesionales.
- Resultados en los Pacientes.
- Resultados en la Sociedad.
- Resultados Clave.

A continuación se presentan los resultados globales del ejercicio así como un análisis detallado por cada uno de los criterios.

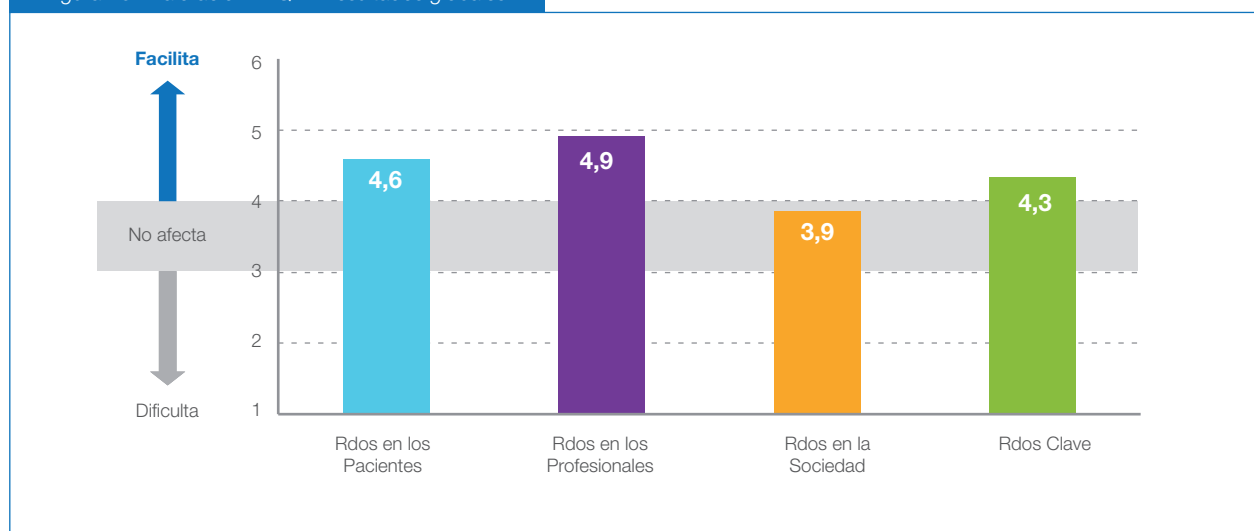
Resultados globales

La implantación de las UGC mejora los resultados en varios de los criterios (véase figura 18).

El mayor beneficio corresponde a los Profesionales (4,9). A continuación se sitúan los Pacientes (4,6). Los Resultados Clave también obtienen una puntuación favorable (4,3)

Sin embargo este cambio organizativo no tiene un impacto significativo en los resultados de la Sociedad (3,9).

Figura 18 - Valoración EFQM: Resultados globales



Resultados en los Pacientes

Las UGC facilitan la mejora de resultados en los pacientes tanto en percepción como en indicadores de calidad asistencial (véase figura 19).

El paciente observa una mejora en la calidad y seguridad (4,6), en el trato recibido (4,7) y en la capacidad de respuesta (4,7).

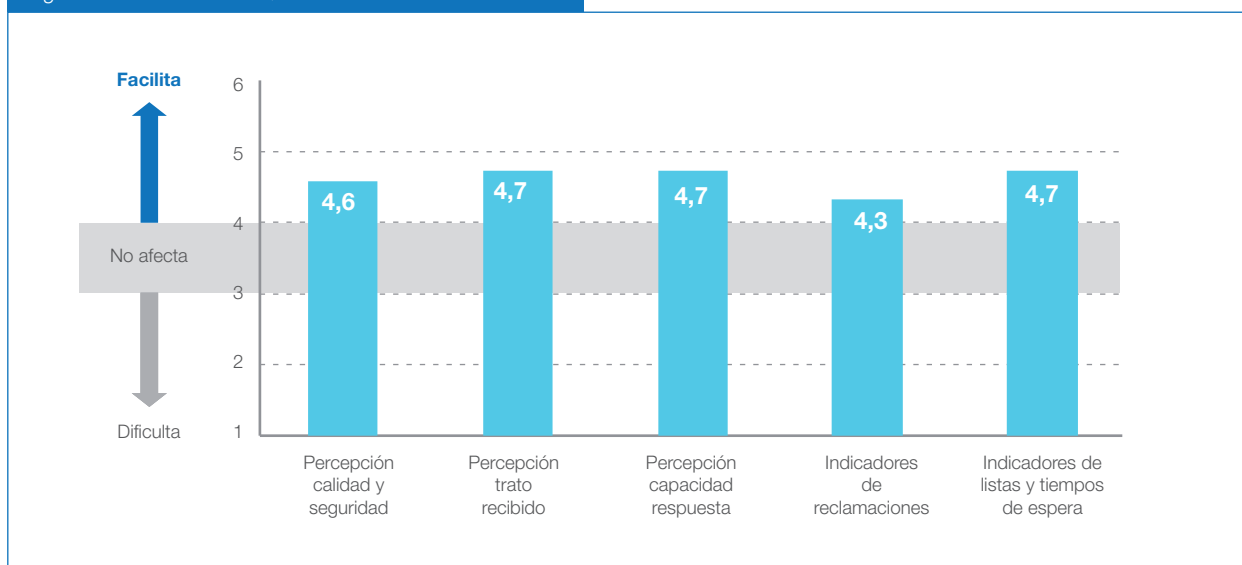
Asimismo piensa que un centro organizado en UGC reduce su índice de reclamaciones (4,3) y notoriamente las listas y tiempos de espera (4,7).

“Una agrupación de servicios basada en las necesidades de los pacientes permite una mayor coordinación y mejora del servicio percibido”.

“Las UGC permiten una mejor coordinación del personal que trata al paciente. De esta manera, se consigue dar mayor continuidad al proceso asistencial”.

4. RESULTADOS

Figura 19 - Valoración EFQM: Resultados en los Pacientes

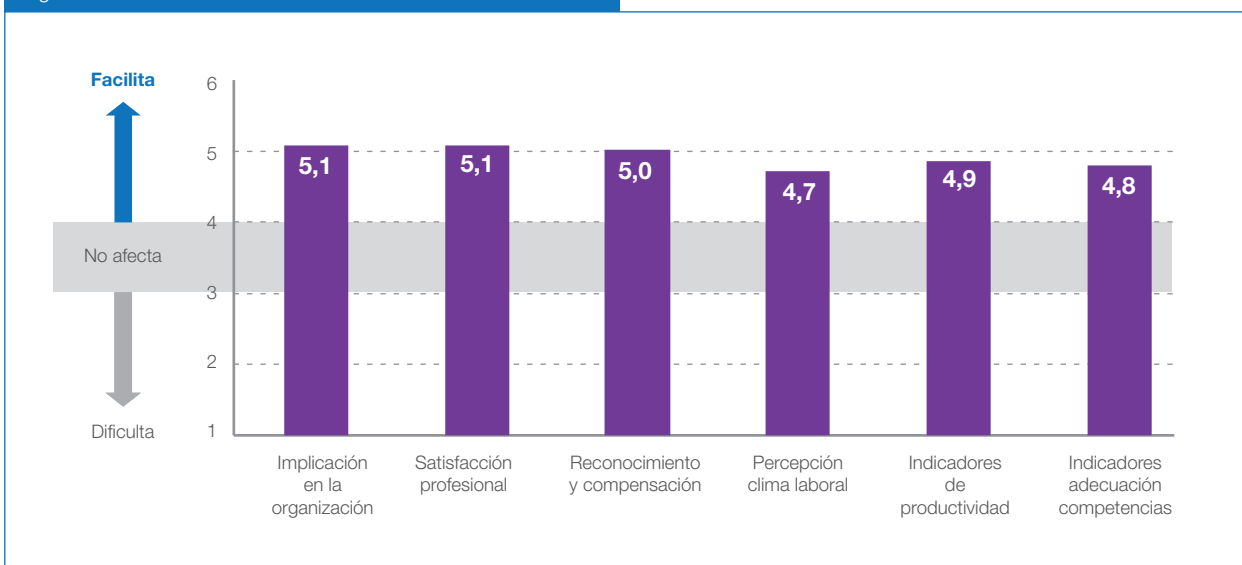


Resultados en los Profesionales

Como cabía esperar, los Profesionales son el colectivo más beneficiado por el cambio (véase figura 20). Se incrementa la implicación de los profesionales (5,1), que se sienten más satisfechos (5,1), mejor reconocidos y compensados (5,0) y se genera un clima laboral más favorable (4,7).

Por otra parte los participantes consideraron que este modelo mejoraba la productividad (4,9) y las competencias profesionales (4,8).

Figura 20 - Valoración EFQM: Resultados en los Profesionales



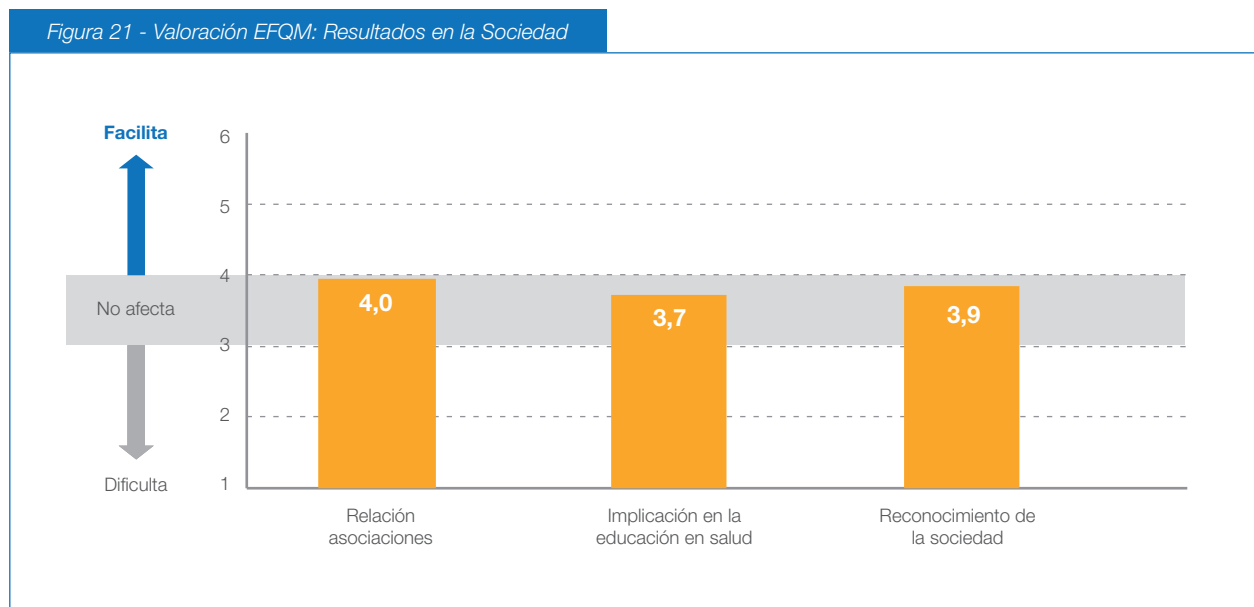
“Los profesionales son el principal activo del hospital. Es esencial dotarles de un entorno que les permita desarrollarse y de los instrumentos que les hagan sentir motivados y reconocidos. La gestión clínica es la respuesta a esta aspiración”.

“Los clínicos evolucionan y adquieren nuevas capacidades. Ya no sólo se trata de realizar una actividad asistencial, sino de planificar y gestionar los recursos para ofrecer un servicio de calidad a un coste razonable”.

Resultados en la Sociedad

Tal como se ha mencionado anteriormente, el impacto en la Sociedad es poco relevante (véase figura 21).

Las relaciones con asociaciones (4,0), la implicación en la educación en salud (3,7) y el reconocimiento de la sociedad (3,9) obtienen las puntuaciones más bajas y se sitúan en la franja de no afectación.



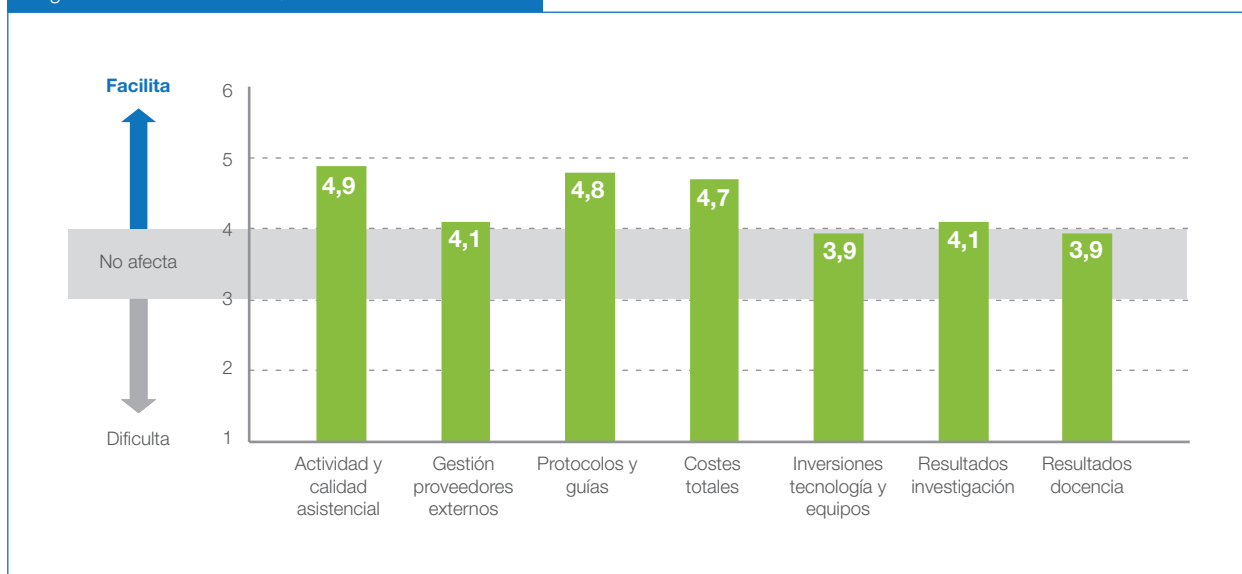
Resultados Clave

Finalmente el último criterio, Resultados Clave, al incluir conceptos diversos obtuvo valoraciones heterogéneas (véase figura 22).

Los aspectos que más mejoran son la actividad y calidad asistencial (4,9), el cumplimiento de protocolos y guías (4,8) y los costes totales (4,7).

4. RESULTADOS

Figura 22 – Valoración EFQM: Resultados Clave



“La gestión clínica, combinada con el cambio de procesos y la orientación a resultados, mejora la eficiencia y optimiza la utilización de los recursos”.

“Las UGC agilizan la aplicación de protocolos y disminuyen la variabilidad”.

Mediante la valoración EFQM el grupo de gestores y clínicos concluyó que las UGC mejoraban la implicación de los profesionales y la atención al paciente, y contribuían favorablemente al cumplimiento de la actividad y calidad asistencial y a la gestión de costes. Asimismo, el resultado reveló que el nuevo modelo facilitaba una gestión más eficaz de los recursos humanos incrementando, de este modo, la productividad del centro.

Es interesante destacar que los participantes creen que además de mejorar la implicación de los profesionales y la atención al paciente, las UGC mejoran la calidad asistencial y reducen costes. Esta última observación es consistente con la valoración descrita anteriormente de que la gestión clínica mejora la productividad.

Por contra, las inversiones en tecnologías y equipos (3,9), los resultados en investigación (4,1) y los resultados en la docencia (3,9) tienen un menor impacto.

4.5. BARRERAS

En este ejercicio se solicitó a los participantes que debatieran sobre los principales obstáculos que retrasan el avance de la gestión clínica. Cuáles eran las dificultades con las que se estaban enfrentando en estos momentos en sus hospitales que les limitaban o bloqueaban para impulsar un cambio en el que creían.

Como resultado de la discusión se identificaron las siguientes 15 barreras, que fueron clasificadas, según su naturaleza, en políticas, económicas, legales, tecnológicas y humanas o culturales:

BARRERAS POLÍTICAS

Apoyo institucional

Falta de voluntad política en avanzar hacia modelos de gestión que impulsen la descentralización y la autonomía en las organizaciones sanitarias.

"En algunas Comunidades Autónomas no hay voluntad política de transferencia de responsabilidad".

Tendencia a la centralización

Estilo de dirección de políticos y gestores sanitarios orientado al control, la producción de normas y regulaciones y la concentración de actividades y recursos.

"Existe una excesiva tendencia por parte de los estamentos políticos a la centralización, al control y a la producción de normas".

BARRERAS ECONÓMICAS

Resultados a corto

Dificultad en realizar un cambio organizativo que genera resultados a medio plazo cuando las políticas y estrategias se focalizan en el corto plazo.

"La gestión de la tesorería desplaza a la gestión económica. Las inversiones que proporcionan resultados a largo plazo quedan relegadas. Y esto afecta a las iniciativas de creación de las UGC".

Presupuesto insuficiente

Escasez de recursos económicos del hospital y presupuestos de difícil cumplimiento que dificultan el impulso de las UGC.

"La demanda asistencial aumenta, los pacientes son cada vez más exigentes y nosotros disponemos de menos recursos. Esta situación supone una limitación tanto en la creación como en la supervivencia de las UGC".



4. RESULTADOS

Economías de escala

Dificultad en alcanzar la masa crítica que permite ser eficientes por la desagregación de actividades en diferentes unidades de gestión.

“Hay que evitar que ciertos servicios o pequeñas agrupaciones de especialidades pretendan construir su propia área de gestión. La unidad ha de tener una mínima masa crítica”.

Inversión en innovación

Escasez de recursos destinados al impulso y la innovación en las UGC.

“Hace tiempo que no se destinan partidas presupuestarias a la innovación y mejora de procesos. El énfasis está en recortar”.

BARRERAS LEGALES

Marco normativo

Existencia de leyes, decretos y normas que obstaculizan la modificación de estructuras y el cambio de funciones dentro de la organización hospitalaria.

“La falta de normativa específica que regule las UGC limita su desarrollo y hace que en la actualidad existan unidades con principios, estructuras y modelos de funcionamiento muy diferentes”.

Marco laboral

Existencia de convenios laborales, reglamentos y normativas que limitan las políticas de gestión de personas que requieren las UGC.

“La selección y contratación de los mejores, no siempre es factible en un hospital público, debido a la presión sindical”.

BARRERAS TECNOLÓGICAS

Evidencia sobre resultados

Falta de resultados objetivos y fiables que demuestren los beneficios de las UGC.

“Para conseguir movilizar a la organización, es necesario primero demostrar que el modelo es más eficiente”.



Sistemas de información

Falta de cobertura de los sistemas y tecnologías de la información para dar soporte a las nuevas necesidades de gestión de las UGC.

"Es imprescindible disponer de buenos sistemas de información. Y esta necesidad se acentúa con las UGC".

BARRERAS HUMANAS O CULTURALES

Confianza del gestor

Falta de disposición del equipo directivo del hospital a delegar y compartir la toma de decisiones de gestión con los clínicos.

"La mayoría de gerentes están dispuestos a que los profesionales participen en las decisiones de gestión. Pero son muchos menos los que aceptan delegar responsabilidades y riesgos".

Cultura de innovación

Dificultad de implementar las UGC debido a la existencia de un entorno rutinario y burocrático que no fomenta el cambio ni la búsqueda de la excelencia.

"Existe mediocridad. El problema es que la hemos tolerado y se ha aceptado a gente poco proactiva".

Implicación colectivos

Complejidad en establecer cambios en los esquemas de responsabilidad y de trabajo en equipo entre grupos profesionales de diferentes disciplinas.

"La gestión clínica requiere del trabajo en equipo entre colectivos. Conseguir la integración entre personas de diferentes estamentos es un reto difícil de superar".

Interés de los clínicos

Falta de disposición de profesionales a asumir riesgos y a participar en modelos de corresponsabilidad con el hospital.

"La gestión clínica conlleva que los profesionales adquieran mayores responsabilidades. Entre ellas, un compromiso en la consecución de los objetivos económicos. No todos los clínicos están dispuestos a aceptar este nuevo rol".



4. RESULTADOS

Competencias en liderazgo

Falta de preparación de los futuros responsables de las UGC en habilidades de liderazgo, gestión de personas y en finanzas.

“Las estructuras actuales no facilitan la creación y formación de líderes”.

Una vez confeccionada la relación de las principales dificultades, la segunda parte del ejercicio consistió en clasificar estas barreras según su importancia.

Como todas eran relevantes, lo que se pedía al participante era que puntuara a cada una de ellas no en valor absoluto, sino en comparación con las demás. El objetivo era obtener una lista discriminada de barreras.

Por otra parte y en este caso, sí se solicitaba a los componentes del grupo que pensarán en su hospital y en la situación que estaban viviendo personalmente en estos momentos.

El resultado de esta segunda parte reflejó que los principales obstáculos a los que se enfrentan gestores y clínicos son los legales y políticos, seguidos por los humanos (véase figura 23).

La barrera valorada como más importante y con diferencia fue Marco laboral (5,0), seguida de Apoyo institucional (4,6) y Marco normativo (4,5).

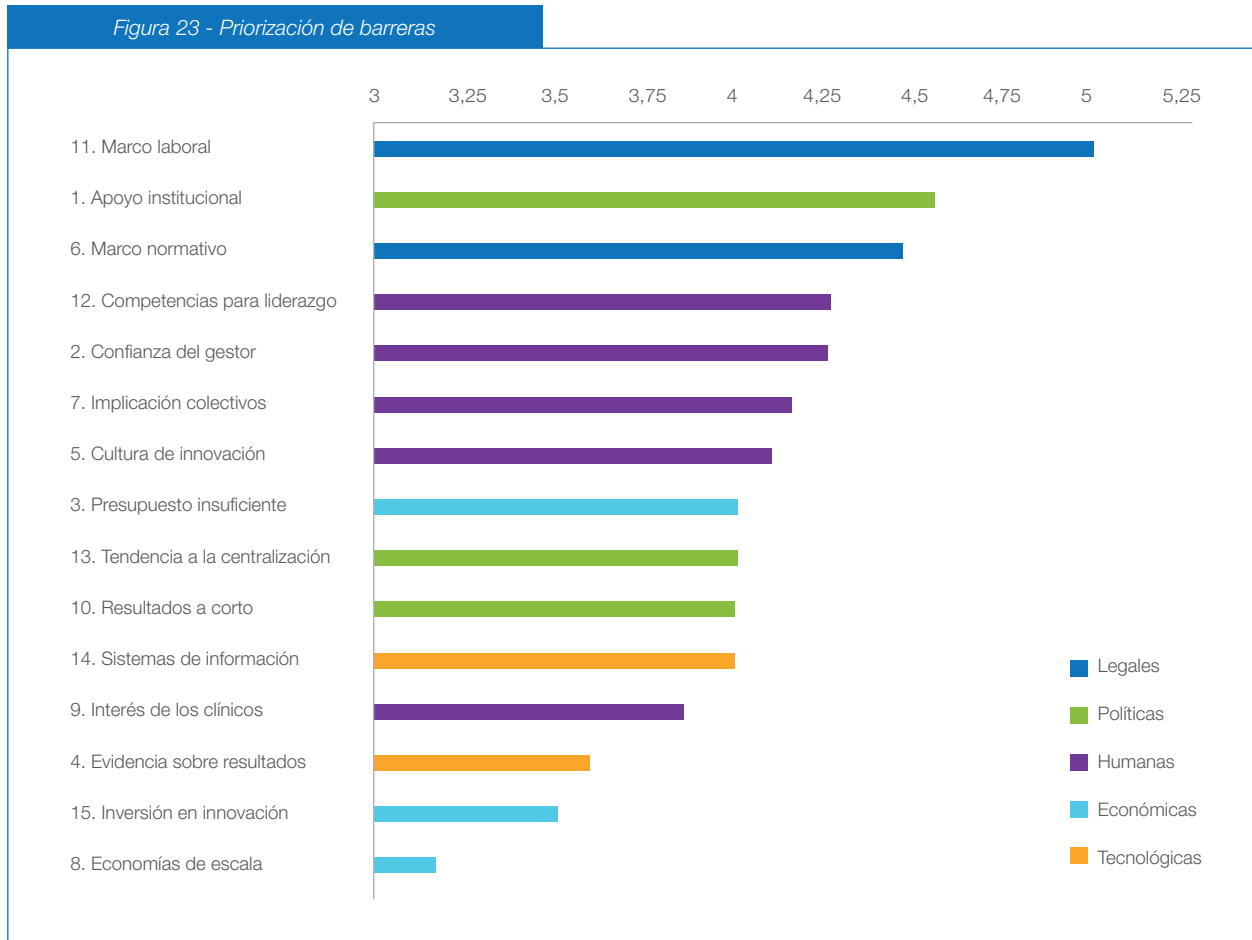
A continuación se situó un bloque de barreras humanas, Competencias en liderazgo (4,3), Confianza del gestor (4,3), Implicación de colectivos (4,2) y Cultura de innovación (4,1).

Posteriormente y con la misma puntuación de 4,0 aparecían Presupuesto insuficiente, Tendencia a la centralización, Resultados a corto y Sistemas de información.

Finalmente las barreras valoradas como menos importantes fueron Interés de los clínicos (3,9), Evidencia de resultados (3,6), Inversión en innovación (3,5) y Economías de escala (3,2).

Es interesante destacar que el análisis de los resultados mostró que los participantes con experiencia en UGC asignaron en general una puntuación de dificultad inferior. Lo que significa que las personas que no han experimentado con este modelo ven mayores problemas que los que ya lo han probado.





Conocidas las razones que impiden o dificultan el avance de la gestión clínica, era el momento de buscar respuestas y actuar.

En el siguiente ejercicio y partiendo de las barreras identificadas, los gestores y clínicos propusieron y debatieron las posibles soluciones.



4. RESULTADOS

4.6. INICIATIVAS PARA SUPERAR LAS BARRERAS

En este ejercicio se solicitó a cada uno de los componentes del grupo de gestores y clínicos que propusieran actuaciones para hacer frente a las dificultades descritas en el capítulo anterior.

Para ello se les entregó un formulario o “ficha” para que documentaran cada una de las soluciones sugeridas (véase contenido en el Anexo IV). La ficha recogía la siguiente información:

- Descripción de la propuesta.
- Barreras que ayudaba a superar.
- Impacto generado en el avance de la gestión clínica.
- Dificultad para llevarla a la práctica.
- Coste de implantación.
- Plazo estimado de ejecución.

El gran conocimiento en gestión acumulado por el grupo, unido al hecho de que muchos participantes tenían experiencia previa en gestión clínica, hacía presagiar que iban a surgir muchas ideas. Y efectivamente es lo que sucedió.

Se recogieron un total de 114 propuestas individuales, que fueron debatidas posteriormente en grupos de 7-9 personas, y que, tras un análisis y clasificación por naturaleza, se consolidaron en 10 iniciativas para superar las barreras.

A continuación se describen y valoran estas interesantes propuestas.

1. PILOTO

[Creación y lanzamiento de una experiencia piloto de unidad clínica.](#)

Con una dificultad media/alta, un coste bajo/medio y un plazo de ejecución de entre 6 meses a 1 año, se consideró como la iniciativa con mayor impacto y que más barreras ayudaba a superar.

Efectivamente, una experiencia piloto permite vencer resistencias, adquirir conocimiento, unir equipos y confirmar resultados. El proyecto debe servir para generar confianza por parte del equipo gestor en los clínicos, así como para implicar y conseguir la complicidad de los profesionales de todos los estamentos.



11 Participantes comentaron que ya tenían experiencia en pilotos y 13 que conocían ejemplos de otros centros. Por otra parte, muchos fueron los que revelaron su intención de lanzar a corto plazo proyectos de este tipo en sus hospitales. A continuación se mencionan algunos ejemplos:

- Intra-centro:
 - Integración del servicio de Endocrino y Nutrición con la unidad de Dietética.
 - Aparato respiratorio: servicios de Neumología y Cirugía Torácica.
 - Unidad de columna: Cirugía Ortopédica y Traumatología, Raquis, Neurocirugía y Rehabilitación.
 - Nefrología-Urología.
 - Aparato Locomotor.
 - Unidad del Corazón.

- Inter-centro:
 - Unidad de Oncología entre los hospitales de la zona.

- Inter-nivel:
 - Urgencias hospitalarias con primaria y emergencias sanitarias.
 - Unidad de gestión integrada de enfermería extra-hospitalaria, con enfermería como primer punto de contacto con el paciente.

Es clave hacer una selección adecuada del proyecto piloto. La predisposición y compromiso del equipo implicado y la existencia de un líder claro y motivado son elementos fundamentales para conseguir el éxito.

"Hay que ser cauteloso y saber dónde poner el foco para obtener buenos resultados y conseguir el deseado efecto arrastre".

2. MARCO LEGAL

Elaboración de una propuesta consensuada de cambios normativos y laborales que faciliten la puesta en marcha de las unidades clínicas.

Respecto a la necesidad de un nuevo marco legal que regule las UGC y agilice su implantación, hubo una cierta diversidad de opiniones entre los participantes.

Gran parte de los gestores y clínicos reclamaron un nuevo decreto y 7 de ellos manifestaron que ya tenían experiencia en su desarrollo.

"Necesitamos un decreto de gestión clínica para toda la Comunidad".

"Para evolucionar hacia la plena autonomía se precisa desarrollar un nuevo marco jurídico".

"Los incentivos son clave para el buen funcionamiento de las UGC. Hay que fijar un marco que los regule".



4. RESULTADOS

No obstante, algunos señalaron que la falta del marco regulatorio no impedía que se pudiera avanzar en gestión clínica.

“Para avanzar en la implantación de UGC no es necesario un nuevo marco legal”.

“Las UGC no deben funcionar a base de decretos. En ocasiones es mejor no regular”.

“La única necesidad normativa es reconocer la figura del director de la UGC”.

En cualquier caso, adecuar el marco laboral y normativo, para que contemple la modificación de estructuras y las nuevas políticas de gestión de personas, es un objetivo que no está al alcance de gestores y clínicos.

Lo que sí se puede hacer es unir fuerzas y tratar de trasladar a los estamentos políticos las carencias y necesidades legislativas que den respuesta al nuevo modelo.

“Es conveniente que los hospitales hagan propuestas conjuntas para cambiar el marco legal que permita impulsar la gestión clínica”.

“Necesitamos un nuevo decreto y deberíamos luchar conjuntamente para que lo hubiera”.

Y en esto consistió esta segunda iniciativa, en redactar una propuesta consensuada de cambio legislativo, elaborada por un amplio grupo de reconocidos y experimentados gestores y clínicos, que representaran todas las Comunidades.

Se consideró que podría generar un impacto medio, con coste bajo, dificultad baja y una plazo de desarrollo inferior a 6 meses.

Las barreras sobre las que se valoró que esta propuesta tenía mayor incidencia fueron Apoyo institucional, Marco normativo y Marco laboral.

3. FORMACIÓN

Detección de líderes y desarrollo de un plan de formación para responsables de unidades clínicas, centrado en competencias en liderazgo y en gestión económica.

Aunque en ocasiones las organizaciones tradicionales no fomentan la innovación y la iniciativa, siempre existen algunos profesionales con espíritu de superación.

“En todo hospital hay líderes que destacan, con una empatía especial”.



La correcta selección de los responsables de las UGC es de vital importancia para el éxito de la gestión clínica. Los criterios a considerar deben estar más relacionados con las capacidades de liderazgo que con los méritos clínicos.

“Para la implantación del nuevo modelo es imprescindible seleccionar adecuadamente al líder del proyecto. No ha de ser necesariamente el jefe de servicio actual. Aún siendo un magnífico profesional en su especialidad, puede no tener la formación necesaria o la motivación requerida”.

Por otra parte y tal como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, es conveniente que dicha elección se haga desde abajo y por los profesionales.

Existen dos tipos de formación relacionadas con la gestión clínica a impartir en el hospital:

- Formación general sobre objetivos y conceptos básicos de la gestión clínica. Dirigida a directores, jefes de servicio, jefaturas clínicas, supervisores de enfermería, etc. Entre otros temas, contemplaría el trabajo en equipo y el cambio en la atención al paciente.

“En general, pero más aún en un contexto de gestión clínica, sería conveniente educar a los profesionales en el trato al paciente”

- Formación específica en capacidades de liderazgo y gestión económica. Orientada a los futuros líderes de las UGC. Incluiría el entrenamiento en habilidades de gestión de situaciones críticas.

7 participantes comunicaron haber experimentado con este tipo de iniciativas, que el grupo consideró que tenían un impacto alto/muy alto, un coste medio, una dificultad baja/media y un plazo de ejecución de 6 a 12 meses.

Las barreras que se estimó con más afectación por esta iniciativa fueron Confianza del gestor, Interés de los clínicos y, principalmente, Competencias en liderazgo.

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Adaptación de los sistemas de información a los nuevos requerimientos clínicos y de gestión de las unidades.

Un hospital organizado en UGC necesita un sistema que facilite información asistencial y económica, completa e integrada, para poder desarrollar eficientemente la gestión clínica.

“Las UGC requieren información unificada del paciente y con mayor orientación a resultados. Para ello es necesario disponer de un buen sistema de información integrado”.

“Los sistemas de información deben adaptarse para que permitan descentralizar el presupuesto del hospital, especialmente los capítulos I y II”.



4. RESULTADOS

Tal como se ha comentado en apartados anteriores, la gestión clínica ha de combinarse con un cambio en los procesos asistenciales. Y ésta debe ser una tarea previa a la del diseño de los sistemas de la UGC.

“Se debe empezar por implantar una nueva metodología de gestión por procesos y orientación a resultados”.

“El diseño del sistema de información debe estar enfocado a la gestión compartida de procesos y a la evaluación de los resultados de salud”.

Uno de los elementos esenciales del sistema es el cuadro de mando, compuesto por un conjunto de indicadores que permiten evaluar el cumplimiento de objetivos, tanto desde el punto de vista de la UGC como del hospital.

“Es fundamental crear un cuadro de mando general del hospital y desplegable por UGC, para el seguimiento y evaluación de objetivos”.

“El nuevo sistema de gestión clínica debe ser único y ha de servir tanto a gerencia/direcciones como a las UGC”.

Los cuadros de mando deberán orientarse a facilitar la toma de decisiones e incluirán un seguimiento del Acuerdo de Gestión. Tendrán una difusión sistemática y periódica.

Otro de los beneficios que aportan los cuadros de mando es la posibilidad de comparar los resultados con otras UGC del mismo hospital y con unidades de características similares de otros centros, ya sean de su territorio o de otra Comunidad.

Los participantes valoraron que esta Iniciativa tenía un impacto medio/alto, un coste bajo/medio, una dificultad media y un plazo de ejecución de 6 a 12 meses. 6 de ellos manifestaron que habían colaborado en proyectos similares.

Las barreras que se consideraron más afectadas por esta propuesta fueron Evidencia sobre resultados y Sistemas de información.

5. INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES

Iniciativas orientadas a la implicación progresiva de los profesionales en la toma de decisiones y en los órganos de dirección.

La gestión clínica es un excelente catalizador para desarrollar la implicación de los profesionales en la gestión de recursos.



El interés por colaborar debe partir de los propios profesionales y no por imposición de los gestores.

“El cambio ha de ser impulsado por los profesionales, cuya inquietud por mejorar la asistencia les ha llevado a apostar por otra forma de organizar los servicios”.

Su involucración en el proyecto debe producirse desde los momentos iniciales, en la concepción y diseño del cambio. Esto nos permitirá alcanzar el consenso necesario para facilitar la implantación.

“Hay que hacer partícipes a los distintos colectivos profesionales del diseño general del hospital y del específico de la UGC”.

“Ningún cambio de modelo funciona sin el consenso entre gestores y clínicos”.

Una de las acciones que se planteó y de aplicación inmediata para la incorporación progresiva de los profesionales consistía en su inclusión en las reuniones ejecutivas del hospital.

“Si nos creemos de verdad la gestión clínica debemos incorporar a algunos jefes de servicio a los órganos de decisión del hospital”.

“La junta de centro debería estar compuesta por un 50% de directores y el resto por miembros elegidos democráticamente por los jefes de UGC o de servicio”.

Otras acciones que se recogieron en las fichas fueron las de crear una comisión específica de dirección de gestión clínica y la de organizar un concurso de ideas innovadoras que premiara la participación de los profesionales.

El grupo opinó que las iniciativas para incorporar a los profesionales, experimentadas ya por 9 de los participantes, ayudaban a superar las principales dificultades del cambio de modelo. Entre ellas destacaron Confianza del gestor, Cultura de innovación, Implicación de colectivos, el Interés de los clínicos y Competencias para el liderazgo.

Los participantes valoraron a esta iniciativa como difícil, al tratarse de un cambio cultural que requiere romper resistencias y cambiar el *status quo*, de impacto alto/muy alto, con un coste bajo y un plazo de más de 12 meses.

6. DEFINICIÓN Y SOPORTE DEL CAMBIO

Estudio previo para definir el proyecto de implantación de unidades clínicas y creación de una unidad de apoyo para la puesta en marcha y mantenimiento del cambio.

Esta iniciativa agrupa las propuestas relativas a los estudios y análisis anteriores a la implantación de las UGC. Tan sólo 4 de los gestores y clínicos participantes revelaron haber realizado este tipo de proyectos.



4. RESULTADOS

Cualquier cambio trascendente en una organización requiere una planificación estratégica previa, que defina los objetivos o resultados a obtener, la situación de partida, el camino que se desea seguir, el impacto en los procesos y en las personas, los recursos necesarios y el plazo estimado.

“La propuesta de creación de una UGC deberá ir acompañada de un estudio de factibilidad que defina los objetivos, los servicios y unidades adscritas, el modelo de funcionamiento y el modelo de relación y coordinación con el resto de servicios y la dirección.”

Una de las tareas clave de este análisis es la selección y configuración de las UGC. En el caso de estudio (véase apartado 4.7) se describen los criterios de agrupación de especialidades que se aplicaron en el Hospital La Fe de Valencia y que constituyen una buena referencia práctica.

En el debate de grupos se propusieron las siguientes acciones:

- Elaboración de un mapa de procesos clínicos para poder seleccionar las unidades y servicios susceptibles a ser transformados en UGC.
- Organización de un debate en el hospital para la selección y priorización de las potenciales UGC.
- Contratación de una consultora de apoyo a la creación de las UGC.

Además de actividades para el diseño de la nueva organización, los participantes plantearon iniciativas orientadas a consolidar y sostener el cambio.

- Constitución de una unidad de soporte a la gestión clínica con preventivistas, médicos, enfermería y un economista.
- Construcción de una unidad de apoyo metodológico a la gestión clínica.

Al igual que en el caso de sistemas de información, esta iniciativa constituye un prerrequisito al lanzamiento de una experiencia piloto, por lo que su abordaje resulta imprescindible en cualquier programa de gestión clínica.

La mayor incidencia en las barreras se sitúa en las relativas a Confianza del gestor e Interés de los clínicos. De dificultad y coste medio, genera un impacto medio/alto, siendo su plazo de menos de 6.



7. COMUNICACIÓN

Elaboración de un plan de comunicación institucional y preparación de una jornada informativa en el hospital sobre gestión clínica.

La transición hacia un modelo de gestión clínica es un proceso complejo, que afecta al equilibrio de poder, a la distribución de funciones y a los comportamientos.

En este cambio cultural y del status quo es imprescindible gestionar de forma adecuada la comunicación y las expectativas de todos los colectivos.

“La pérdida de atribuciones de los actuales directivos y la ganancia de responsabilidad de los jefes de la UGC precisa diálogo y negociación”.

“Un reumatólogo puede perder protagonismo si se integra en una unidad de Medicina Interna”.

“La transformación organizativa es un proceso dinámico y evolutivo que requiere una constante comunicación”.

En este contexto, el grupo de gestores y clínicos propuso elaborar un plan de comunicación sobre el proyecto, que fuera interno, bidireccional y participativo, de manera que se pudieran recoger las inquietudes de los profesionales de los diferentes colectivos. Únicamente 3 de los participantes indicaron que habían llevado a cabo planes similares.

Asimismo vieron necesario la realización de unas sesiones informativas que permitieran vencer miedos y reticencias, aclarar dudas y generar el entusiasmo y motivación necesarios para iniciar el proceso.

Dentro de estas jornadas, y con el objetivo de ir ganando credibilidad y confianza, se compartirían los resultados de experiencias de éxito del mismo centro o de otro hospital similar, y se presentarían evidencias sobre resultados.

Otro de los aspectos relevantes y que afecta a la comunicación, es la negociación con los sindicatos. En este sentido, los participantes sugirieron la celebración de una jornada entre directivos y sindicatos para preparar el cambio y minimizar conflictos .

“Para el cambio organizativo es necesario el apoyo sindical”.

Cultura de innovación, Implicación de colectivos e Interés de los clínicos son las barreras más relacionadas con la Comunicación.

Los participantes consideraron que se trataba de una iniciativa de dificultad baja, alto impacto, bajo/ medio coste, de corta duración inicial, pero mantenida a los largo de todo el proceso.



4. RESULTADOS

8. COMUNIDAD DE PRÁCTICA

Creación de una red nacional de intercambio de experiencias en gestión clínica, formada por responsables, o futuros responsables, de unidades clínicas.

Esta propuesta está relacionada con la iniciativa de Comunicación, pero debido a su entidad y singularidad merece ser tratada de forma individual.

Los objetivos que persigue tienen que ver con las barreras de Evidencia sobre resultados e Interés de los clínicos.

En esencia se trata de crear un grupo de trabajo y de intercambio de conocimiento a nivel nacional que, de forma estructurada y con carácter permanente:

- Facilite la compartición de experiencias y de resultados de proyectos de gestión clínica.
- Actúe como impulsor de diseños y soluciones que puedan ser utilizadas por los centros adscritos a la iniciativa.

Esta Comunidad de práctica estaría formada por los responsables, o futuros responsables, de UGC y debería contar con el respaldo de los gestores y de los estamentos políticos de las Comunidades.

Además de las tradicionales reuniones de trabajo y de debate, la Comunidad de práctica:

- Publicaría estudios sobre casos, mejores prácticas y metodologías.
- Organizaría visitas a centros y UGC innovadoras.
- Concedería un premio anual al proyecto de gestión clínica más destacado.

El grupo atribuyó a esta iniciativa un impacto alto/muy alto, una dificultad media, coste bajo/medio y, al igual que cualquier actividad de comunicación, un plazo de preparación corto pero una ejecución sostenida en el tiempo.

9. INCENTIVOS

Definición de un modelo de reconocimiento que fomente la innovación, la eficiencia y el trabajo en equipo.

La transferencia de competencias a los profesionales obligará a este colectivo a combinar las tradicionales actividades médicas con las de gestión. Por lo que necesitarán adquirir nuevas habilidades y conocimientos y tendrán que asumir mayores responsabilidades y riesgos.



Este cambio de rol deberá incorporarse a los sistemas retributivos y de incentivos del centro y recogerse en los Acuerdos de Gestión, donde se establecerán los criterios de asignación y reparto a la UGC.

“Es imprescindible establecer un nuevo modelo de incentivos que discrimine positivamente la eficiencia y premie la innovación y la consecución de resultados”.

En estos momentos existen limitaciones a la incentivación económica, debido tanto a la compleja situación presupuestaria como al actual marco legislativo, que obligan a buscar otras fórmulas de motivación.

A modo de ejemplo, la formación específica y el apoyo a los proyectos de investigación singulares se podrían considerar como instrumentos de compensación.

Una de las ideas que surgió del debate en grupos fue la creación de un premio de reconocimiento a la UGC con mejores resultados.

Los participantes otorgaron gran importancia a esta iniciativa, y tan sólo 2 revelaron que tenían experiencia previa en esta cuestión, cuyo impacto es alto, su dificultad media/alta y su coste medio. Sitúan el plazo de ejecución en menos de 6 meses.

La propuesta ayuda a superar las barreras de Cultura de innovación, Implicación de colectivos e Interés de los clínicos.

10. TRABAJO EN EQUIPO

Iniciativas para fomentar el trabajo en equipo entre diferentes colectivos y especialidades médicas.

El objetivo de la gestión clínica es la agrupación de especialidades y la combinación de colectivos profesionales en torno al proceso asistencial, para garantizar una mejor respuesta al paciente.

La instauración de las UGC supone una oportunidad para integrar a los diferentes estamentos (facultativos, enfermería, auxiliares, etc.) en un proyecto común, estableciendo una jerarquía clara, bajo la responsabilidad del jefe de la unidad.

Los recursos asignados a las UGC generalmente incluyen a los facultativos de los servicios o unidades y especialidades que han sido consolidadas y al personal de enfermería y de gestión de los servicios y unidades que tengan una dedicación a tiempo completo.

Para fomentar que este colectivo trabajara en equipo para la consecución de los objetivos del Acuerdo de Gestión, se propusieron las siguientes acciones:

- Elaborar los procesos de la UGC involucrando a todos los colectivos.
- Crear equipos multidisciplinares para proyectos de mejora del funcionamiento de la UGC.



4. RESULTADOS

- Establecer programas de cohesión entre servicios dentro de la UGC.

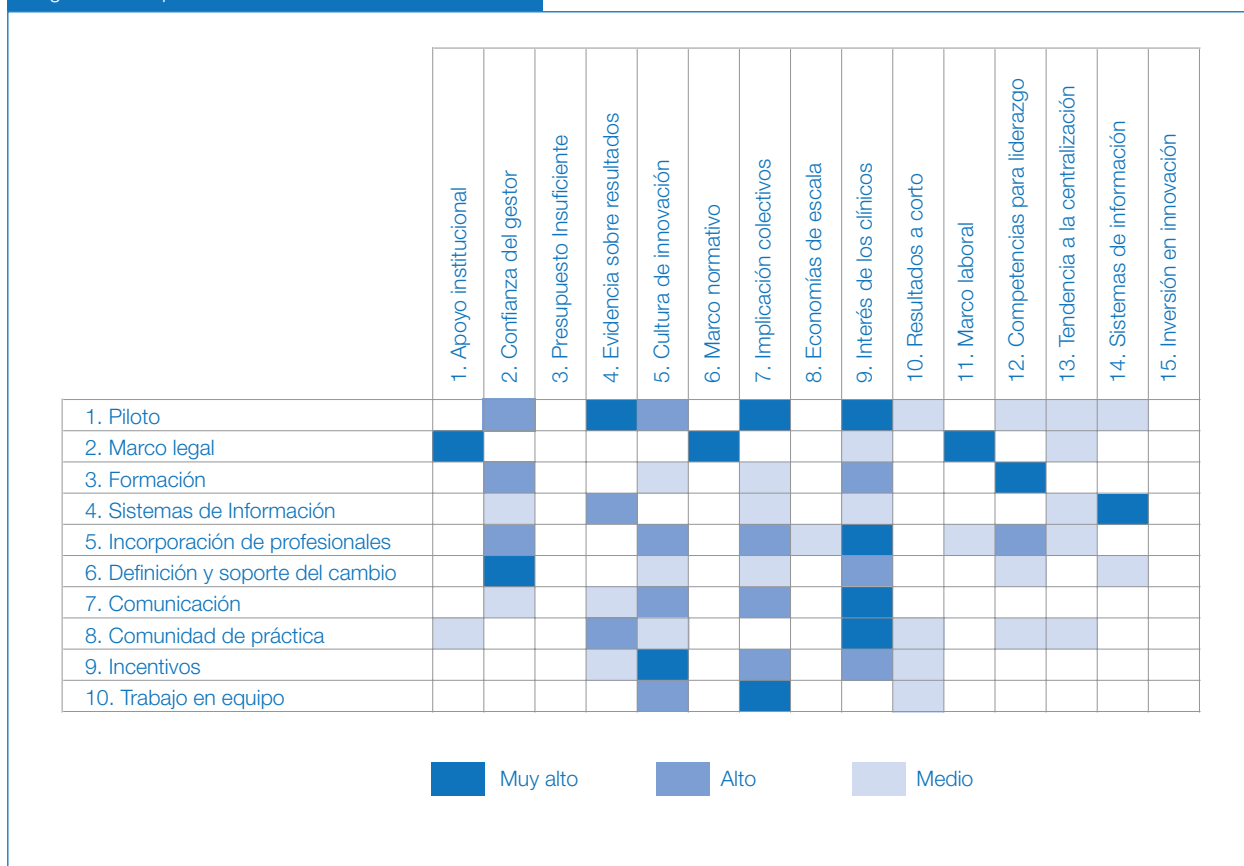
Otra de las sugerencias que surgieron del debate estaba relacionada con la transferencia de ciertas tareas asistenciales del facultativo al personal de enfermería, que de esta manera adquiriría competencias avanzadas. Un ejemplo sería el implante de reservorios por parte del equipo de enfermería de la unidad de radiología intervencionista.

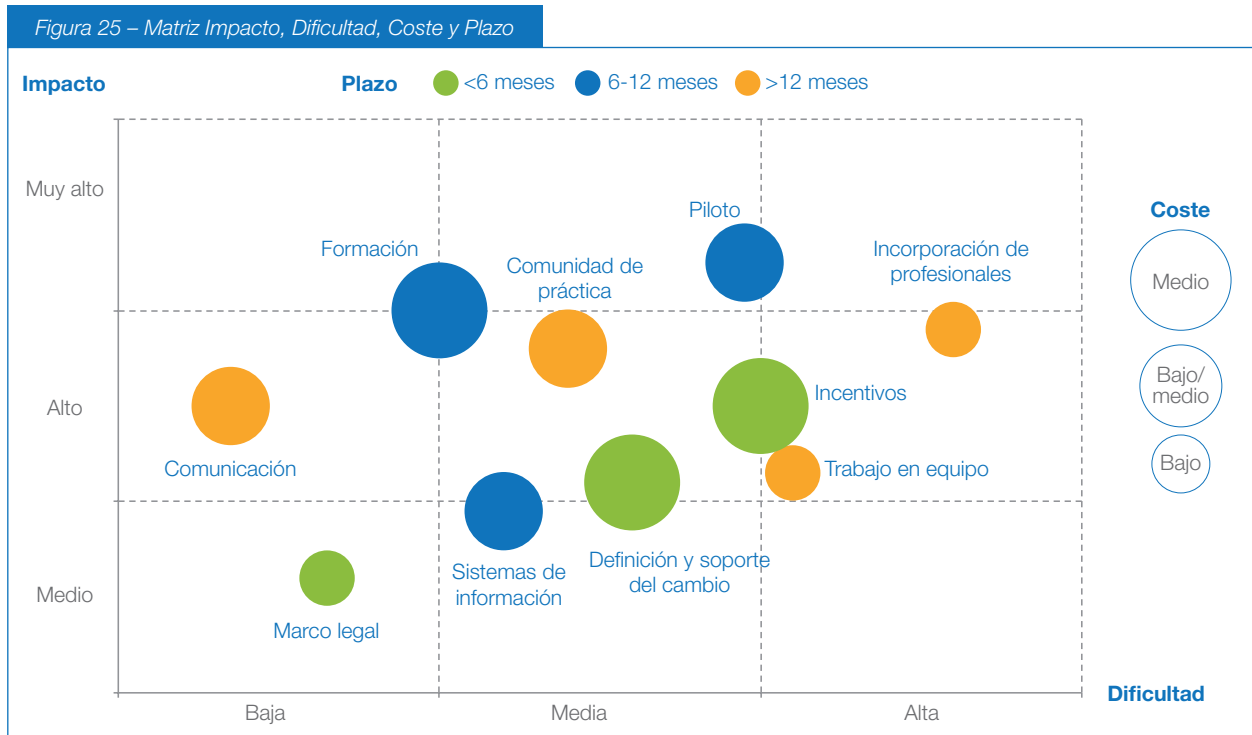
Los participantes apuntaron que, mediante el fomento del trabajo en equipo se combatían las barreras de Cultura de Innovación y principalmente la de Implicación de colectivos. Conjuntamente con incentivos, esta era la propuesta en la que los participantes habían realizado menos acciones específicas.

Al igual que la dificultad, el impacto de esta iniciativa se consideró alto, el coste bajo y el plazo para su puesta en marcha de más de 12 meses.

Las figuras 24 y 25 muestran una perspectiva general de las 10 iniciativas. La primera indica el nivel de impacto de cada una de ellas en las barreras (muy alto, alto y medio) y el segundo gráfico dibuja la matriz Impacto, Dificultad, Coste y Plazo.

Figura 24 - Impacto de las Iniciativas en las barreras





Las 10 iniciativas planteadas proporcionan una referencia estructurada y práctica de las actuaciones a realizar en un hospital que desea avanzar en gestión clínica.

Evidentemente, cada centro parte de una situación diferente, por lo que debe seleccionar las propuestas que aplican en su caso. En la figura 26 se presenta un esquema de las mismas y se indica la secuencia para su puesta en marcha.

Para un hospital que emprende el “viaje”, la primera tarea que tiene que acometer es el diseño general de la nueva organización (Definición y soporte del cambio).

En el caso de que ya se encuentre preparado para lanzar una experiencia piloto (Piloto), previamente tendrá que adecuar los sistemas de información (Sistemas).

Una vez completado el piloto, y antes de iniciar la extensión del modelo, el centro deberá identificar y formar a los nuevos líderes y al resto del equipo (Formación).

La adaptación del marco laboral y normativo (Marco legal) facilitará el desarrollo del nuevo modelo de incentivos (Incentivos).

Uno de los factores críticos para el éxito es esta transformación organizativa es que durante todo el trayecto exista una constante comunicación con todos los colectivos implicados sobre la situación del proyecto y los resultados obtenidos (Comunicación y Comunidad de práctica).



4. RESULTADOS

Pero la verdadera culminación del proceso se consumará cuando, tanto el equipo directivo, como los profesionales sanitarios y no sanitarios se sientan comprometidos e identificados con la nueva organización, y se verifique que el cambio cultural y de comportamientos que persigue la gestión clínica se ha producido (Incorporación de profesionales y Trabajo en equipo).



4.7. CASO DE ESTUDIO

El caso de estudio seleccionado para este proyecto fue el del Hospital La Fe de Valencia.

Las características que hacían esta experiencia especialmente apropiada e interesante fueron las siguientes:

- El Departamento La Fe integra zonas de atención primaria con un hospital de referencia en asistencia, investigación y docencia.
- Se trata de una iniciativa de implantación de áreas clínicas reciente (el caso se plantea a finales del 2011) y poco conocida.
- El caso considera la implantación sin un decreto o regulación específica.
- Presenta una situación que ilustra diversos conceptos tratados en el proyecto.
- Se adapta a la aplicación del método del caso.

El caso se sitúa a finales de 2011, cuando el gerente del Hospital La Fe de Valencia se plantea la decisión de avanzar en la implantación de Unidades de Gestión Clínica.

El Hospital La Fe, centro de referencia de la Comunidad Valenciana, se había trasladado a principios del 2011 a un nuevo edificio. Este cambio suponía una oportunidad para impulsar un cambio en el modelo organizativo, que el equipo directivo llevaba tiempo preparando conjuntamente con los jefes de servicio.

Consistía en la creación de 16 áreas clínicas que representaban el 80% de la actividad.

El caso describe la historia del hospital, sus experiencias en gestión por procesos, los primeros pilotos de áreas clínicas y los Acuerdos de Gestión con la Consejería de Salud.

También detalla el modelo de configuración de las UGC y la experiencia piloto en el área de enfermedades digestivas, que integraba el servicio de medicina digestiva con las secciones del servicio de cirugía general y digestiva.

Respecto a los criterios considerados en la agrupación de especialidades para creación de las UGC, los aspectos que se tuvieron en cuenta, y que constituyen un buen modelo de referencia, fueron los siguientes:

- Que tuviera un cierto volumen crítico de actividad asistencial, evitando que cada servicio pretendiera construir su área de gestión.
- Que estuvieran definidas en términos de patologías relacionadas cuyo tratamiento constituía la finalidad de la unidad como organización.



4. RESULTADOS

- Que fueran estancas e independientes entre sí para que los objetivos se pudieran asumir como compromisos propios.
- Que se les pudiera establecer objetivos en términos de producción, calidad y coste.
- Que contaran con recursos humanos, materiales y económicos adecuados a los objetivos.
- Que tuvieran un líder con competencias en organización y gestión de la unidad y de fijación y negociación de objetivos y presupuesto.
- Que contaran con instrumentos para la evaluación de resultados y la toma de decisiones, entre los que el sistema de información era una parte importante.
- Que permitieran establecer un marco de relación en el conjunto del hospital y con otras unidades.
- Que contaran con incentivos que estimularan la consecución de objetivos.

Adicionalmente, el proceso suscitaba diversas cuestiones clave, como las relativas a cómo seleccionar a los líderes, qué nuevos requerimientos legislativos y normativos eran necesarios, qué nivel de autonomía delegar a las UGC y cuál debería ser el ritmo de despliegue de las unidades.

Y precisamente respecto a este último punto se propusieron las dos alternativas de avance que centraron el debate del caso:

1. Implantación progresiva y paulatina de las UGC, empezando con pocas, las más naturales, con liderazgo claro, y esperar a que el resto fueran madurando.
2. Creación rápida y simultánea de la mayoría de las UGC, dejando únicamente fuera del alcance algunos servicios específicos.

Tras un intenso, interesante y participativo debate el grupo finalmente se decantó por una solución intermedia, que se podría describir como “*big bang*” controlado.

Consistía en plantear y comunicar un cambio global y decidido del hospital hacia un modelo de unidades de gestión, pero implantando las áreas clínicas al ritmo que el liderazgo, los recursos y la capacidad de ejecución lo hicieran posible.

El riesgo de optar por la opción más conservadora era la pérdida de momentum y la posible fatiga generada en la organización por la larga duración del proceso, que podría conducir a una implantación incompleta y con resultados limitados.



Otro de las conclusiones del debate fue la importancia de la involucración de los clínicos en el nuevo modelo organizativo. No sólo se trata de que participen. Los profesionales deben implicarse de forma progresiva en la toma de decisiones e incorporarse en los órganos de dirección del hospital.

Finalmente también se habló de las restricciones del marco legal actual, que, entre otras cosas, dificultan la delegación de ciertas funciones a las UGC al ni siquiera estar hoy en día transferidas a la gerencia del hospital. Es el caso, por ejemplo, de la selección de personal y el de contratación de empresas.







5. CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

La creciente necesidad de flexibilizar las estructuras sanitarias para mejorar la atención al paciente, unida a la situación de insatisfacción de los profesionales, agravada por el actual entorno de restricción presupuestaria, hace imprescindible un cambio en el modelo organizativo del hospital que permita conseguir la necesaria sostenibilidad y calidad de los servicios, y responder a las inquietudes de los profesionales.

La gestión clínica, a través de la implantación de las UGC, responde a este desafío. Las unidades o áreas clínicas son estructuras federativas eficientes que, basándose en los principios de subsidiaridad, interdependencia, lenguaje común y separación de poderes, y en la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos, agilizan el proceso de toma de decisiones y se orientan al paciente y a los resultados.

Algunos centros ya están trabajando en desarrollos organizativos sustentados en áreas clínicas, como agrupación de diferentes especialidades operando con mayor autonomía. Pero lo que realmente caracteriza a una organización descentralizada o a un modelo federativo es la creación de unidades con objetivos definidos, organización y normas propias, recursos y presupuesto asignados, autonomía y capacidad de decisión - supeditada a las reglas generales del centro - y responsabilidad sobre los resultados clínicos y económicos.

El cambio de comportamiento de los clínicos es esencial. Ya no sólo se trata realizar la actividad asistencial, sino de la planificación, el diseño organizativo y la administración de los recursos, a un coste razonable y con óptima calidad. Y todo ello consiguiendo la satisfacción del paciente y de los profesionales que trabajan en la UGC.

En el transcurso del proyecto, Los participantes de AMPHOS 2013, reconocidos y experimentados gestores y clínicos, han generado **cuatro productos** de gran valor y utilidad práctica para aquellas organizaciones que deseen iniciar el cambio hacia un esquema federativo más eficiente y alineado a los actuales retos de la sanidad:

- **Funciones de gestión.** Relación de funciones o actividades de gestión susceptibles a ser transferidas a las UGC. Constituyen la base para el desarrollo de los Acuerdos de Gestión.
- **Niveles de autonomía.** Metodología para determinar el nivel de descentralización idóneo de una UGC.
- **Barreras.** Descripción y priorización de los principales obstáculos que limitan el avance de la gestión clínica.
- **10 Iniciativas para superar las barreras.** Propuestas para progresar y combatir las dificultades en el proceso de implantación de las UGC.



5. CONCLUSIONES

Adicionalmente a estos productos, AMPHOS 2013 recoge la visión consensuada y las reflexiones de los participantes expresadas a lo largo del proyecto, y que se resumen a a continuación.

Autonomía de gestión:

- Para alcanzar los objetivos de la gestión clínica, las UGC han de tener una alta autonomía, especialmente en la gestión de las Personas y los Procesos.
- Los clínicos no sólo están dispuestos a asumir el cambio de rol, sino que reclaman incluso más responsabilidad de la que los gestores están dispuestos a ceder.
- La asignación de los líderes debe venir desde abajo. Los nuevos responsables han de poder seleccionar a las personas clave de su UGC.
- Previamente a la puesta en marcha de las UGC y la consiguiente transferencia de tareas de gestión, es imprescindible revisar y redefinir los procesos asistenciales para orientarlos al paciente y a la obtención de resultados.

El paciente de las UGC:

- Desde la perspectiva del paciente, el nuevo modelo mejora la respuesta a sus aspiraciones de mayor coordinación asistencial, trato más cercano y participación en las decisiones clínicas.
- Las UGC actúan como elemento integrador en la atención al paciente crónico en coordinación con primaria.

Ventajas del modelo:

- La gestión clínica mejora la implicación de los profesionales y la atención al paciente, a la vez contribuye al cumplimiento de los objetivos de calidad y facilita la gestión de costes.
- Las UGC permiten una gestión más eficaz de recursos e incrementan, en consecuencia, la productividad del centro.

Barreras que dificultan el progreso de las UGC:

- La transformación del hospital hacia una estructura descentralizada no está exenta de dificultades de diversa naturaleza, que retrasan el avance. Los principales obstáculos son legales, políticos y humanos o culturales.



- La falta de un marco legal que regule y facilite el funcionamiento de las UGC, si bien limita su implantación con toda su potencialidad, no impide su progreso. La prueba está en las numerosas experiencias realizadas sin un adecuado y completo marco jurídico.
- El apoyo institucional es condición necesaria. Esta evolución, que requiere sea propiciada y liderada por los clínicos y desde abajo, no podrá llevarse a cabo sin el soporte de los gestores y de los estamentos políticos competentes de las Comunidades Autónomas.
- Como consecuencia del tradicional foco asistencial de los profesionales, existe una falta de preparación de los futuros responsables de las UGC en habilidades de liderazgo, gestión de personas y control económico.
- La falta de disposición de algunos gestores a delegar en los clínicos, junto con la complejidad en establecer cambios en los esquemas de responsabilidad y de trabajo en equipo entre colectivos de diferentes estamentos, y la existencia de un entorno rutinario que no fomenta la innovación, son algunas de las principales barreras humanas que dificultan el avance de la gestión clínica.

Iniciativas para superar las dificultades:

- Los obstáculos son importantes, pero existen numerosas experiencias que demuestran que, si se enfrentan adecuadamente y con gran determinación, se pueden alcanzar en gran medida los objetivos deseados.
- El grupo ha identificado 10 iniciativas para avanzar, que permiten combatir y dar respuesta a los retos y dificultades que aparecen en el camino.
- Tras una definición estratégica sobre lo que se pretende conseguir y un análisis de la situación de partida, la primera tarea que debe acometerse es el diseño general de la nueva organización.
- El lanzamiento y consolidación de una experiencia piloto es la iniciativa que más impacto genera. El éxito de este primer proyecto de implantación es fundamental para la credibilidad y la creación del efecto arrastre.
- Antes de extender el modelo, el centro deberá identificar y formar a los nuevos líderes y al resto de personas clave de la UGC.
- La adaptación del marco legal, incluyendo un nuevo modelo de incentivos que fomente el trabajo en equipo y premie la obtención de resultados, facilitará en gran medida la implantación efectiva de las UGC.



5. CONCLUSIONES

- La adecuada y continuada comunicación y gestión de expectativas de las personas implicadas en el proceso es esencial para que el proyecto de transformación llegue a buen puerto.
- El éxito de la implantación de las UGC se concreta en la consecución del compromiso e identificación del equipo directivo y de los profesionales sanitarios y no sanitarios con la nueva organización, y la verificación de que el necesario cambio cultural y de comportamientos se ha producido.

El caso del Hospital La Fe de Valencia:

- Tras la experiencia piloto, el despliegue de la gestión clínica debe ser firme y global. El ritmo ha de ser asumible por el centro, pero a la vez continuado y decidido para evitar pérdida de momentum y posible fatiga por la excesiva duración del proceso.
- Es fundamental la involucración de los profesionales, mediante su implicación progresiva en la toma de decisiones de gestión e incorporación en los órganos de dirección del hospital.





ANEXOS

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE GESTIÓN

LIDERAZGO Y ESTRATEGIA

1. Desarrollar el plan estratégico de la UGC

Plan estratégico

- Definir la misión, visión y valores de la UGC.
- Estimar la demanda a 3-5 años de la UGC.
- Establecer los objetivos asistenciales y económicos a 3-5 años de la UGC.
- Planificar el desarrollo profesional, docente y de investigación a 3-5 años de la UGC.
- Identificar las necesidades de recursos a 3-5 años de la UGC.

2. Definir la cartera de servicios de la UGC

Cartera de servicios

- Determinar las prestaciones de la UGC.
- Identificar las necesidades de los pacientes y las estrategias de cobertura asistencial.
- Definir los aspectos clave a considerar y medir.

3. Definir la política de investigación de la UGC

Política de investigación

- Determinar y priorizar las áreas de investigación de la UGC.
- Estimar recursos necesarios.
- Asignar equipos y medios.

4. Definir la política docente de la UGC

Política docente

- Identificar las líneas de formación a desarrollar por la UGC.
- Determinar las actividades de grado, postgrado, formación especializada y continuada en la UGC.
- Definir el número de personas a formar por línea.

5. Elaborar el presupuesto anual de la UGC

Presupuesto

- Establecer los objetivos de actividad e indicadores de la UGC.
- Establecer los objetivos económicos de la UGC.
- Planificar el desarrollo profesional, docente y de investigación de la UGC.
- Definir y planificar las inversiones de la UGC.

6. Definir el organigrama y el funcionamiento de la UGC

Organigrama y funciones

- Configurar las estructuras de responsabilidad dentro de la UGC.
- Determinar los órganos de dirección de la UGC.
- Definir las funciones y competencias de la dirección de la UGC.
- Establecer el mecanismo de evaluación de resultados y rendición de cuentas de la UGC.



ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE GESTIÓN

7. Asignar los puestos de responsabilidad de la UGC

Puestos de dirección

- Nombrar al responsable de la UGC.
- Nombrar al resto de miembros del Comité de Dirección de la UGC.
- Designar otros puestos directivos clave de la UGC.

8. Controlar el cumplimiento del presupuesto

Control presupuestario

- Desarrollar las acciones para alcanzar el presupuesto de la UGC y consensuarlas con las personas clave o necesarias.
- Definir la información periódica necesaria para el seguimiento del presupuesto de la UGC y la detección de desviaciones.
- Documentar y justificar las desviaciones sobre ingresos y gastos de la UGC, en caso que se produzcan (rendir cuentas).

PERSONAS

9. Seleccionar al personal facultativo de la UGC

Seleccionar facultativos

- Seleccionar al personal facultativo de la UGC.

10. Seleccionar al personal de enfermería de la UGC

Seleccionar enfermería

- Seleccionar al personal de enfermería de la UGC.

11. Seleccionar al resto de personal de la UGC

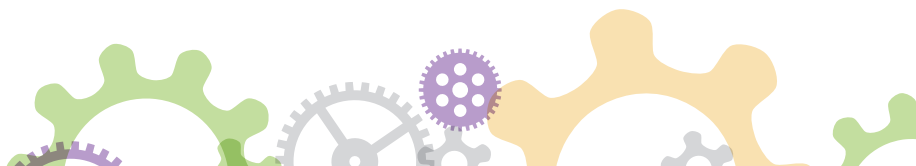
Seleccionar resto personal

- Seleccionar al resto de personal asistencial (técnicos, auxiliares, administrativos, celadores y otros).

12. Determinar la política retributiva, de evaluación y carrera profesional del personal de la UGC

Política compensación

- Determinar los niveles retributivos fijos y variables por perfil en la UGC.
- Definir los incentivos individuales y de grupo en la UGC.
- Definir los criterios de evaluación del personal de la UGC.
- Definir la carrera profesional y promociones.



13. Evaluar, asignar complementos y promocionar al personal de la UGC

Evaluar y compensar

- Distribuir la retribución variable y los incentivos al personal de la UGC.
- Realizar la evaluación del personal de la UGC.
- Decidir sobre carrera profesional y promociones del personal de la UGC.

14. Definir las competencias y funciones de las personas de la UGC

Funciones y competencias

- Diseñar los puestos de trabajo y las competencias necesarias en la UGC.
- Determinar las funciones y responsabilidades del personal de la UGC.
- Identificar los conocimientos y habilidades necesarias en la UGC.

15. Formar y desarrollar a los profesionales de la UGC

Formación

- Identificar las necesidades de formación de la UGC.
- Planificar e implementar la formación al personal de la UGC.
- Evaluar los resultados de la formación al personal de la UGC.

RECURSOS Y ALIANZAS

16. Definir el catálogo de compra de productos sanitarios de la UGC

Compras de productos sanitarios

- Identificar necesidades de productos sanitarios para la UGC.
- Definir los requerimientos de los productos sanitarios.
- Participar en la evaluación de productos y ofertas.

17. Definir el catálogo de compra de productos no sanitarios de la UGC

Compras de productos no sanitarios

- Identificar necesidades de productos no sanitarios para la UGC.
- Homologar productos y suministradores.
- Evaluar ofertas.

18. Definir el catálogo de compra de farmacia de la UGC

Compras de farmacia

- Identificar necesidades de farmacia para la UGC.
- Elaborar guías farmacoterapéuticas.



ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE GESTIÓN

19. Definir las políticas de reposición de productos clave de la UGC

Reposición de productos

- Identificar los productos clave para la UGC.
- Definir los niveles de stock objetivo.

20. Determinar las inversiones tecnológicas de la UGC

Inversiones tecnológicas

- Identificar las necesidades de inversión en tecnología de la UGC.
- Estudiar las alternativas disponibles.
- Seleccionar las tecnologías y proveedores de la UGC.

21. Definir los requerimientos de los sistemas de información clínicos de la UGC

Requerimientos información clínica

- Identificar las necesidades de información de los procesos asistenciales y de soporte a la toma de decisiones clínicas de la UGC.
- Participar en el diseño funcional de los sistemas clínicos de la UGC.
- Asegurarse de la calidad de la información clínica de la UGC.

22. Definir los requerimientos de los sistemas de información de gestión de la UGC

Requerimientos información de gestión

- Identificar las necesidades de información de los procesos de gestión de la UGC.
- Participar en el diseño funcional de los sistemas de gestión de la UGC.
- Asegurarse de la calidad de la información de gestión de la UGC.

23. Desarrollar las alianzas estratégicas con organizaciones externas a la UGC

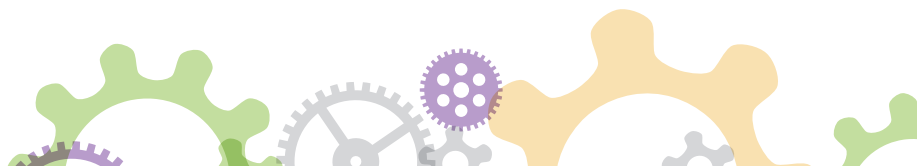
Alianzas estratégicas

- Identificar necesidades de colaboración de la UGC.
- Establecer acuerdos con entidades proveedoras.
- Establecer alianzas para la investigación y la innovación.

24. Seleccionar a los proveedores de servicios externos específicos de la UGC

Proveedores de servicios externos

- Identificar las necesidades de servicios y proyectos específicos de la UGC y no comunes a otras unidades y servicios.
- Solicitar ofertas y adjudicar contratos.
- Evaluar el servicio de los proveedores específicos de la UGC.



25. Seleccionar los servicios de soporte clínico de la UGC

Servicios de soporte clínico

- Definir las necesidades de la UGC de servicios de soporte clínico como laboratorio, radiología, farmacia, anatomía patológica, etc.
- Definir las necesidades de la UGC de servicios de otras unidades de gestión clínica, unidades funcionales u otros servicios como bloque quirúrgico, hospitalización, hospital de día, urgencias, etc.
- Seleccionar los proveedores de los servicios requeridos por la UGC.

PROCESOS

26. Diseñar las prestaciones y procesos de la UGC

Prestaciones

- Definir las características de las prestaciones de la UGC.
- Elaborar el mapa de procesos de la UGC.
- Diseñar los manuales de procedimientos.

27. Definir los indicadores de calidad y eficiencia de los procesos de la UGC

Indicadores de calidad y eficiencia

- Identificar los indicadores de calidad y eficiencia de la UGC.
- Determinar los mecanismos de obtención de la información necesaria.

28. Planificar las actividades y los recursos de la UGC

Planificar actividad

- Evaluar la demanda prevista.
- Modular la actividad y los recursos de la UGC.
- Gestionar las listas de espera y los criterios de priorización.
- Derivar actividad a otras unidades o UGC.

29. Definir la coordinación de la UGC con otras unidades internas o de otros centros.

Coordinación otras unidades

- Acordar los procedimientos y acceso a servicios ofertados por la UGC. (interconsultas, pruebas, intervenciones, etc.).
- Acordar los procedimientos y características de los servicios solicitados por la UGC.
- Definir los mecanismos de coordinación de la UGC con otras unidades.



ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE GESTIÓN

30. Controlar los procesos y la variabilidad de la práctica clínica en la UGC

Control y variabilidad

- Realizar el seguimiento de la ejecución de los procesos.
- Monitorizar la variabilidad en la aplicación de los procedimientos y protocolos.
- Estudiar las causas de las variaciones y actualizar los criterios e indicaciones de los procedimientos y protocolos.

31. Evaluar los resultados de actividad y de salud de la UGC

Evaluación de resultados

- Definir los indicadores de evaluación de los procesos y de los resultados.
- Monitorizar los indicadores: detectar las no conformidades, analizar las causas, registrar y notificar los eventos adversos.

32. Comparar los procesos y los servicios de la UGC (benchmarking)

Benchmarking

- Comparar el rendimiento con métricas de referencia para comprender puntos fuertes y puntos de mejora.
- Colaborar con otras entidades para compartir experiencias.
- Realizar difusión interna en la UGC del aprendizaje obtenido.

33. Realizar mejoras en los procesos de la UGC

Mejoras en procesos

- Identificar oportunidades de mejora de los indicadores de calidad y eficiencia de los procesos de la UGC.
- Diseñar e implementar las mejoras y la cultura de mejora continua
- Configurar grupos, comisiones y otros instrumentos para la mejora de procesos internos de la UGC.

34. Gestionar el conocimiento de la UGC

Gestión del conocimiento

- Capturar el conocimiento y experiencia adquirida en la UGC.
- Facilitar la creación de nuevo conocimiento en la UGC.
- Difundir y compartir el conocimiento con el personal de la UGC y externamente.

35. Relacionarse con el paciente de la UGC

Relación con el paciente

- Incorporar la visión del paciente y sus necesidades en la UGC.
- Adecuar las actividades a las necesidades del paciente.
- Medir periódicamente su nivel de satisfacción y responder a sus reclamaciones y sugerencias.



ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

MÉTODO: MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA

Ámbito/Función de gestión	Media			Desviación típica		
	Gerente	Dir. Médico	Clínico	Gerente	Dir. Médico	Clínico
Liderazgo y Estrategia	3,0	3,1	3,6	1,0	0,7	0,9
1. Plan estratégico	2,8	3,0	3,5	1,0	0,4	0,9
2. Cartera de servicios	2,8	3,3	3,3	0,9	0,9	0,5
3. Política de investigación	3,4	3,4	4,3	1,1	0,7	0,7
4. Política docente	3,2	3,4	4,4	0,9	0,5	0,7
5. Presupuesto	2,6	2,8	3,1	0,8	0,6	0,8
6. Organigrama y funciones	3,2	3,0	3,3	0,9	0,9	0,9
7. Puestos de dirección	3,2	3,1	3,4	1,0	0,5	0,9
8. Control presupuestario	3,0	2,9	3,4	1,1	0,7	1,0
Personas	3,7	3,8	3,9	0,9	0,8	0,9
9. Seleccionar facultativos	3,9	3,9	4,3	0,8	0,7	0,7
10. Seleccionar enfermería	3,9	4,1	4,1	0,8	0,5	0,8
11. Seleccionar resto personal	3,8	4,0	4,1	0,9	0,4	1,1
12. Política compensación	2,8	3,0	2,8	0,9	0,6	0,7
13. Evaluar y compensar	3,4	3,5	3,4	0,8	0,5	0,7
14. Funciones y competencias	3,9	3,8	4,0	0,9	1,0	0,5
15. Formación	4,2	4,2	4,6	0,7	0,8	0,5
Recursos y Alianzas	3,1	3,1	3,3	0,9	0,8	0,7
16. Compras de productos sanitarios	3,2	3,6	3,6	0,9	0,9	0,7
17. Compras de productos no sanitarios	2,9	3,1	2,9	0,9	0,8	0,3
18. Compras de farmacia	3,1	3,1	3,2	0,8	0,5	0,7
19. Reposición de productos	3,3	2,9	3,2	1,0	0,7	0,7
20. Inversiones tecnológicas	2,8	3,0	3,1	0,6	0,4	0,3
21. Requerimientos información clínica	3,5	3,5	3,8	0,8	0,8	0,7
22. Requerimientos información de gestión	3,1	2,9	3,4	0,8	0,7	0,7
23. Alianzas estratégicas	2,9	2,5	3,2	0,8	0,7	0,4
24. Proveedores de servicios externos	2,8	2,7	3,1	0,9	0,8	0,8
25. Servicios de soporte clínico	3,1	3,2	3,9	0,9	0,9	0,6
Procesos	3,8	3,9	4,1	0,9	0,8	0,6
26. Prestaciones	3,8	4,2	4,3	0,9	0,8	0,5
27. Indicadores de calidad y eficiencia	3,6	3,7	4,1	0,9	0,9	0,8
28. Planificar actividad	3,9	3,7	4,2	0,8	0,8	0,7
29. Coordinación otras unidades	3,7	3,6	4,1	0,8	0,9	0,6
30. Control y variabilidad	3,9	4,0	4,3	0,8	0,6	0,5
31. Evaluación de resultados	3,3	3,8	3,7	1,0	0,9	0,5
32. Benchmarking	3,4	3,6	3,7	1,0	0,9	0,5
33. Mejoras en procesos	4,0	4,1	4,0	0,8	0,7	0,0
34. Gestión del conocimiento	4,1	4,2	4,1	0,6	0,4	0,4
35. Relación con el paciente	4,2	4,0	4,6	1,0	0,6	0,7



ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

MÉTODO: MEDIANA Y RANGO INTER-CUARTIL

Ámbito/Función de gestión	Mediana			Rango-intercuartil		
	Gerente	Dir. Médico	Clínico	Gerente	Dir. Médico	Clínico
Liderazgo y Estrategia						
1. Plan estratégico	3	3	3	1	0	2
2. Cartera de servicios	3	3	3	1	0	1
3. Política de investigación	3	3	4	1	1	1
4. Política docente	3	3	4,5	1	1	1
5. Presupuesto	3	3	3	1	1	0
6. Organigrama y funciones	3	3	3	1	1	1
7. Puestos de dirección	3	3	3	2	0	1
8. Control presupuestario	3	3	3	2	1	1
Personas						
9. Seleccionar facultativos	4	4	4	1	1	1
10. Seleccionar enfermería	4	4	4	0	0	2
11. Seleccionar resto personal	4	4	4	1	0	2
12. Política compensación	3	3	3	1	0	1
13. Evaluar y compensar	3	3	4	1	1	1
14. Funciones y competencias	4	4	4	1	2	0
15. Formación	4	4	5	1	1	1
Recursos y Alianzas						
16. Compras de productos sanitarios	3	3	3	1	2	1
17. Compras de productos no sanitarios	3	3	3	1	0	0
18. Compras de farmacia	3	3	3	0	0	1
19. Reposición de productos	3	3	3	1	1	1
20. Inversiones tecnológicas	3	3	3	1	0	0
21. Requerimientos información clínica	3	3	4	1	1	1
22. Requerimientos información de gestión	3	3	3	1	1	1
23. Alianzas estratégicas	3	2	3	1	1	1
24. Proveedores de servicios externos	3	3	3	1	1	2
25. Servicios de soporte clínico	3	3	4	2	1	1
Procesos						
26. Prestaciones	4	4	4	1	1	1
27. Indicadores de calidad y eficiencia	4	4	4	1	1	2
28. Planificar actividad	4	4	4	1	1	1
29. Coordinación otras unidades	4	4	4	1	1	1
30. Control y variabilidad	4	4	4	0	0	1
31. Evaluación de resultados	3	4	4	1	2	1
32. Benchmarking	4	4	4	1	1	1
33. Mejoras en procesos	4	4	4	0	1	0
34. Gestión del conocimiento	4	4	4	0	0	0
35. Relación con el paciente	4	4	4	1	0	1



RESULTADOS GENERALES

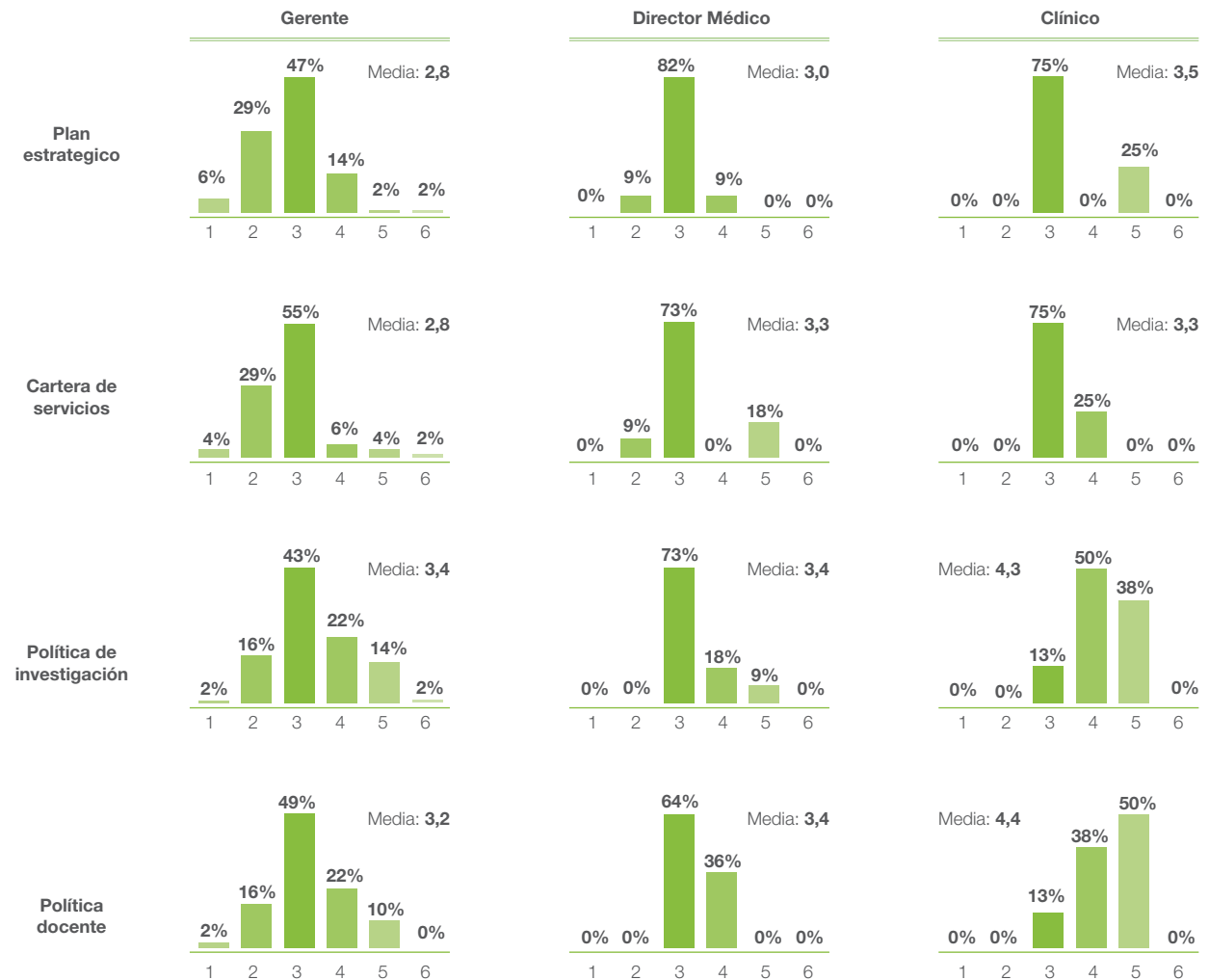
Distribución del voto por perfil y ámbito



ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

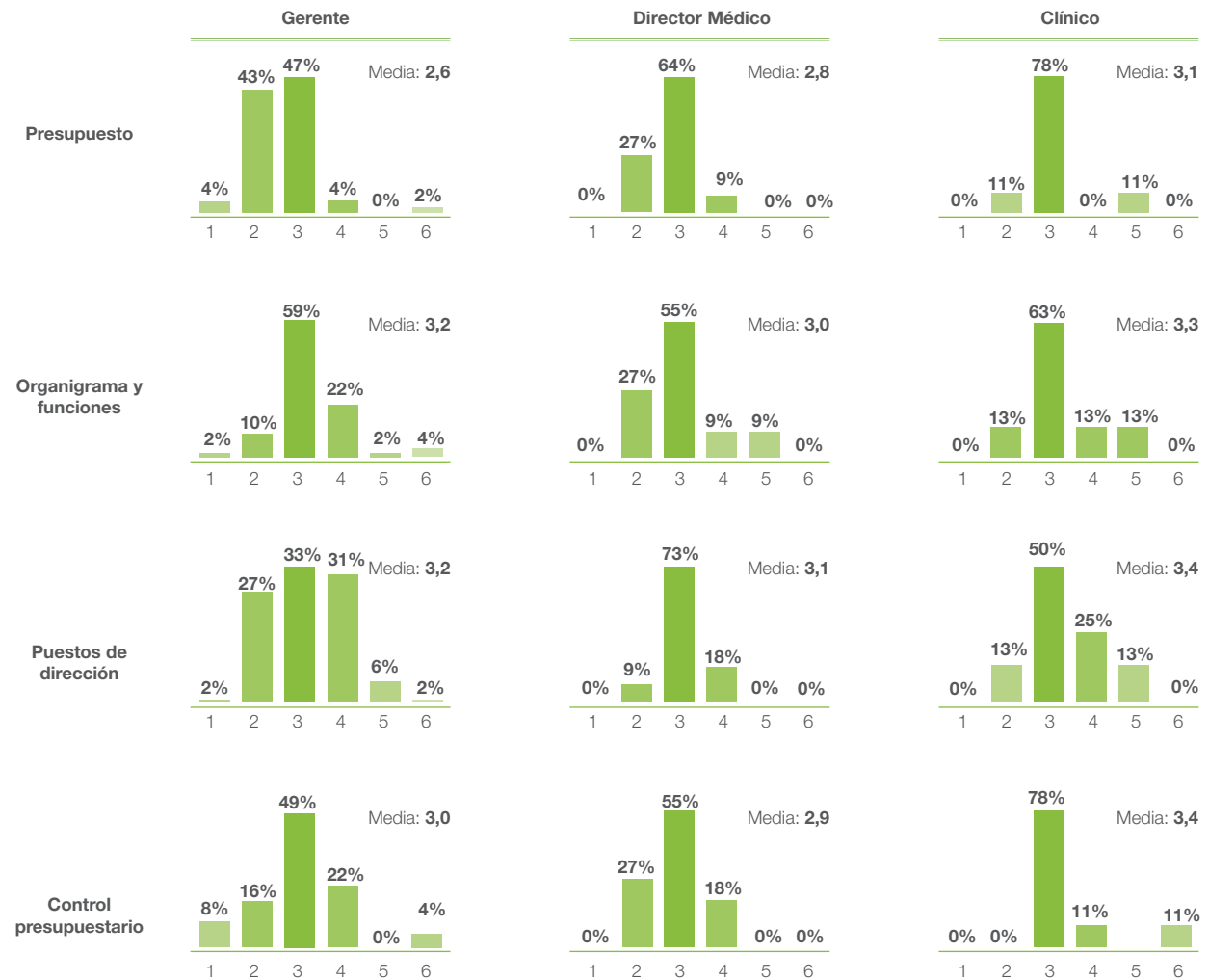
LIDERAZGO Y ESTRATEGIA (I)

Distribución del voto por función y perfil



LIDERAZGO Y ESTRATEGIA (II)

Distribución del voto por función y perfil



ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

PERSONAS (I)

Distribución del voto por función y perfil



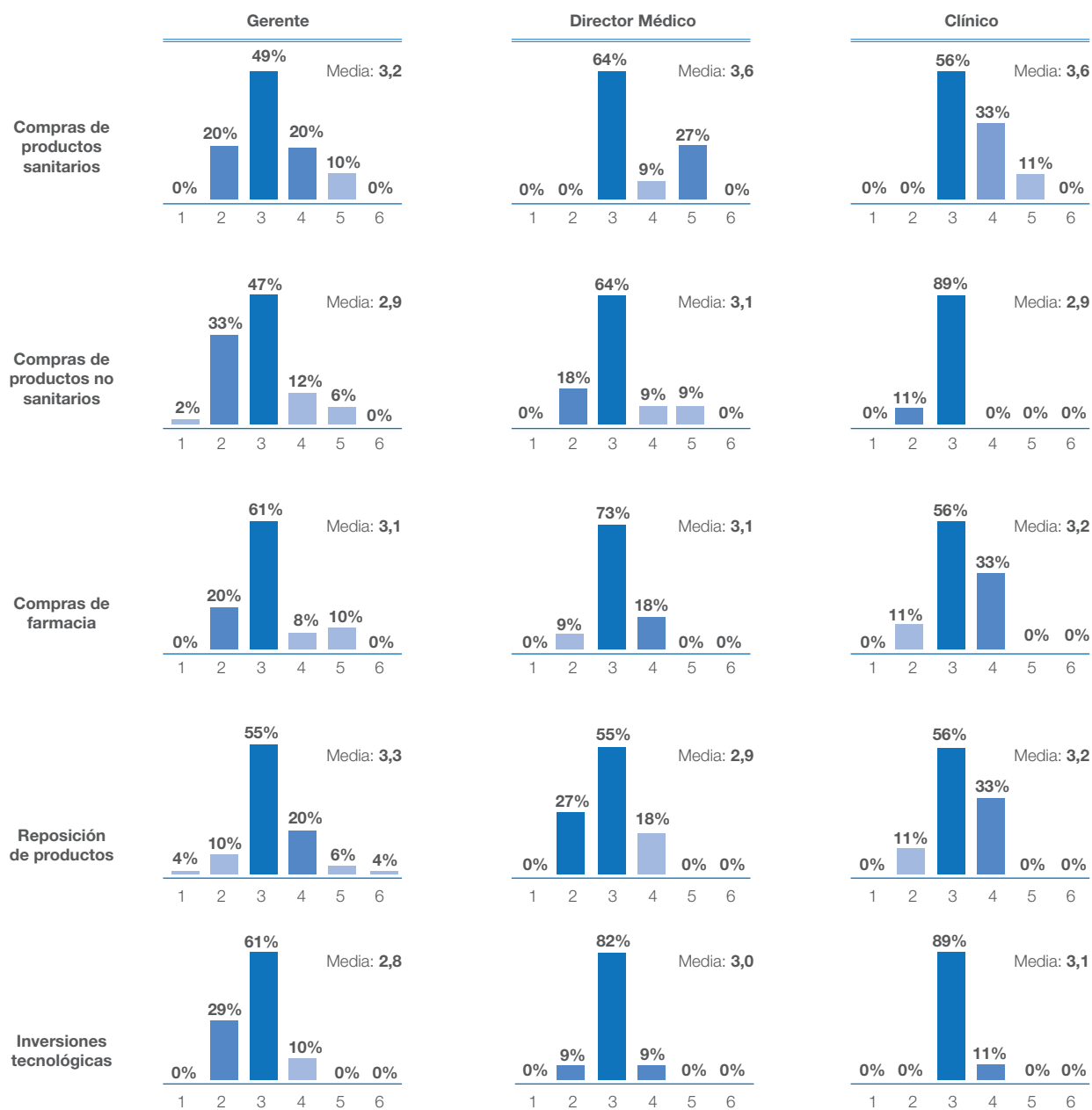
PERSONAS (II)
 Distribución del voto por función y perfil



ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

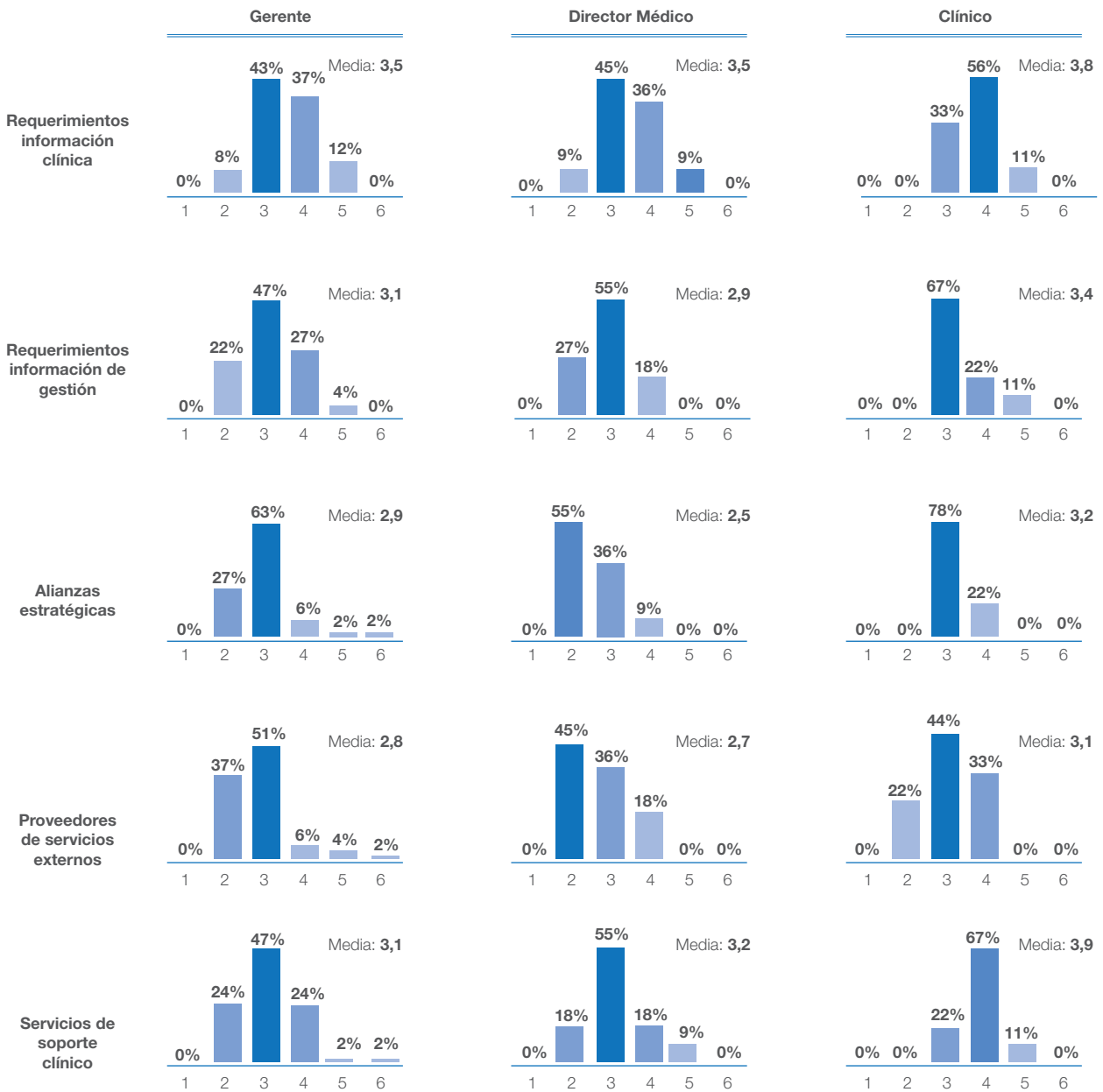
RECURSOS Y ALIANZAS (I)

Distribución del voto por función y perfil



RECURSOS Y ALIANZAS (II)

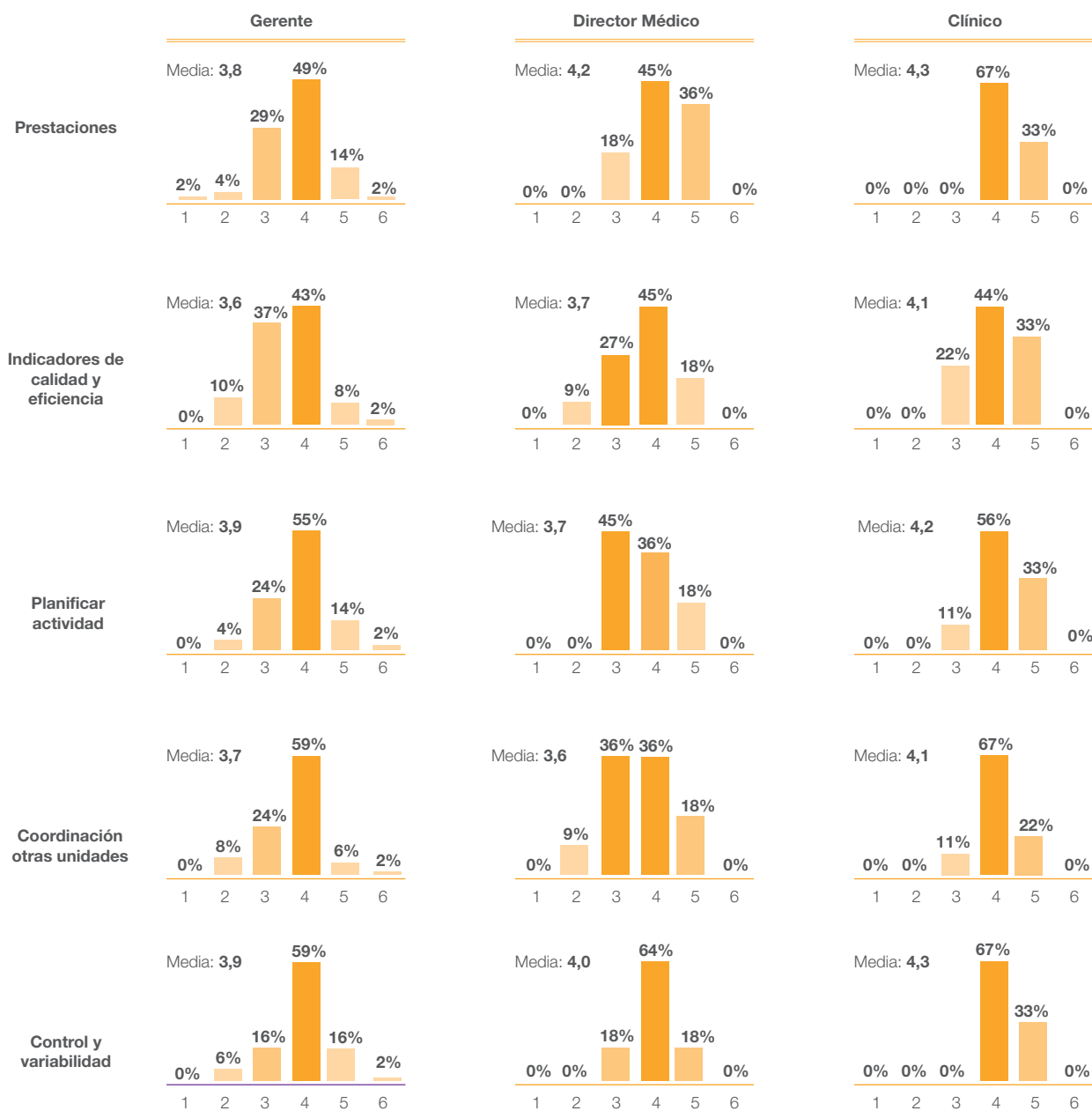
Distribución del voto por función y perfil



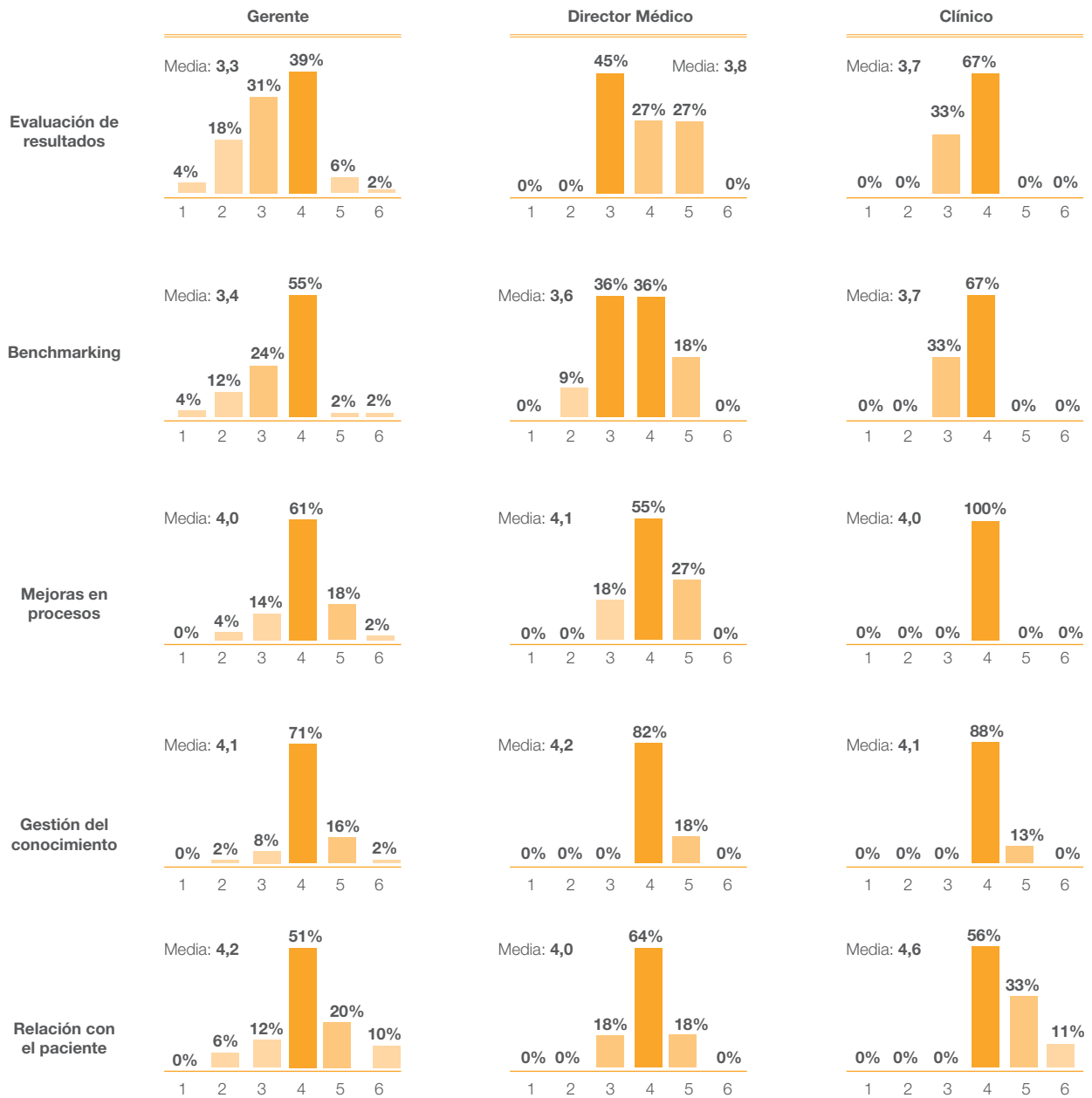
ANEXO II: DETALLE DE RESULTADOS DE NIVELES DE AUTONOMÍAS

PROCESOS (I)

Distribución del voto por función y perfil



PROCESOS (II)
 Distribución del voto por función y perfil



ANEXO III:

CONCEPTOS DE LA VALORACIÓN EFQM

Valore si una organización en UGC facilita o dificulta la mejora de...

CRITERIO: RESULTADOS EN LOS PACIENTES

1. Percepción calidad y seguridad

... la percepción de los pacientes respecto a la calidad, fiabilidad y seguridad de la asistencia.

2. Percepción trato recibido

... la percepción de los pacientes respecto al trato recibido de la organización.

3. Percepción capacidad respuesta

... la percepción de los pacientes respecto a la capacidad de respuesta de la organización.

4. Indicadores de reclamaciones

... el número de reclamaciones y el tiempo de respuesta ante reclamaciones y sugerencias.

5. Indicadores de listas y tiempos de espera

... las listas de espera, los tiempos de espera y demoras para acceder a los servicios asistenciales.

CRITERIO: RESULTADOS EN LOS PROFESIONALES

6. Implicación en la organización

... la implicación del profesional con la organización

7. Satisfacción profesional

... la satisfacción del profesional, su motivación y autonomía en su puesto de trabajo.

8. Reconocimiento y compensación

... la percepción de reconocimiento y compensación por el trabajo realizado.

9. Percepción clima laboral

... el clima laboral y las relaciones interpersonales.

10. Indicadores de productividad

... el rendimiento de los recursos humanos.

11. Indicadores de adecuación de competencias

... el aprovechamiento y la adecuación de las competencias profesionales.



Valore si una organización en UGC facilita o dificulta la mejora de...

CRITERIO: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

12. Relación asociaciones

... la relación con asociaciones y sociedades.

13. Implicación en la educación en salud

... las actividades de educación y difusión para la promoción y prevención de la salud.

14. Reconocimiento de la sociedad

... los reconocimientos de entidades sociales, asociaciones, medios, etc.

CRITERIO: RESULTADOS CLAVE

15. Actividad y calidad asistencial

... el cumplimiento de los objetivos de actividad asistencial, calidad, seguridad y servicio al paciente.

16. Gestión proveedores externos

... el cumplimiento de los objetivos de servicio de los proveedores externos.

17. Protocolos y guías

... el cumplimiento y la actualización de los protocolos y guías.

18. Costes totales

... la gestión de los costes totales por actividad o proceso.

19. Inversiones en tecnología y equipos

... las inversiones en tecnologías y equipamientos.

20. Resultados en investigación

... los resultados de la actividad de investigación.

21. Resultados docencia

... los resultados de la actividad docente.



ANEXO IV: FICHA DE INICIATIVA

DEBATE EN GRUPOS: CÓMO SUPERAR LAS BARRERAS

FICHA DE INICIATIVA

Le rogamos, indique su **NOMBRE Y APELLIDO**:

INICIATIVA:

Breve descripción

LIDER:

Quién lideraría esta iniciativa

BARRERAS:

Marque todas aquellas barreras que esta iniciativa puede ayudar a superar de forma significativa

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Apoyo institucional | <input type="checkbox"/> 5. Cultura de innovación | <input type="checkbox"/> 9. Interés de los clínicos | <input type="checkbox"/> 13. Tendencia a la centralización |
| <input type="checkbox"/> 2. Confianza del gestor | <input type="checkbox"/> 6. Marco normativo | <input type="checkbox"/> 10. Resultados a corto | <input type="checkbox"/> 14. Sistemas de información |
| <input type="checkbox"/> 3. Presupuesto del gestor | <input type="checkbox"/> 7. Implicación colectivos | <input type="checkbox"/> 11. Marco laboral | <input type="checkbox"/> 15. Inversión en innovación |
| <input type="checkbox"/> 4. Evidencia sobre resultados | <input type="checkbox"/> 8. Economías de escala | <input type="checkbox"/> 12. Competencias para liderazgo | |

IMPACTO:

Valore el impacto de esta iniciativa en la implantación y mantenimiento de UGC

1. Muy Bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Alto 5. Muy Alto

DIFICULTAD:

Valore la dificultad de poner en práctica esta iniciativa en su organización

1. Muy baja 2. Baja 3. Media 4. Alta 5. Muy Alta

COSTE:

Valore el coste de poner en práctica esta iniciativa en su organización

1. Muy bajo 2. Bajo 3. Medio 4. Alto 5. Muy Alto

ETAPAS:

Marque aquellas etapas en las que sería útil esta iniciativa

1. Preparación 2. Lanzamiento de UGC 3. Consolidación de UGC

PLAZOS:

Indique el plazo estimado para realizar esta iniciativa

- 6 meses (o menor) 1 año 2 años Mayor a 2 años

EXPERIENCIA PREVIA:

Si esta iniciativa ha sido puesta en práctica en algún hospital, indique dónde, y con qué resultados.

Muchas gracias por su aportación. Si tiene comentarios adicionales puede escribirlos al dorso.





Con el aval de



503090024 (ENE14)