

Gestión de procesos asistenciales

Roberto Ferrándiz Gomis

PID_00217769

Índice

Introducción.....	7
1. Sistema sanitario.....	11
1.1. Introducción	11
1.2. Desarrollo de los sistemas sanitarios	11
1.3. Clasificación de sistemas sanitarios	12
1.4. Características de los sistemas sanitarios	12
1.5. Reflexiones de los sistemas sanitarios	14
2. El hospital y sus tipologías.....	15
2.1. Evolución histórica	15
2.2. Etapas	16
2.3. Clasificación de los hospitales	18
3. Estructura y modelos organizativos hospitalarios.....	20
3.1. Introducción	20
3.2. Gestión tradicional frente a gestión por procesos	23
3.3. Modelos organizativos y de gestión	24
3.4. Reformas organizativas en el sistema nacional de la salud	24
3.5. El sistema nacional de salud español	25
3.6. Innovaciones organizativas y de gestión	27
3.7. Innovaciones de gestión de los servicios sanitarios sin personalidad jurídica específica	28
3.8. Evolución de las innovaciones organizativas del SNS	33
3.9. Conclusiones	35
3.9.1. Contexto en el que se abordan los proyectos de gestión clínica	36
4. Estructuras y función directiva.....	39
4.1. Antecedentes	39
4.2. Órganos de dirección	40
4.2.1. Gerencia	40
4.2.2. Dirección Médica	41
4.2.3. Dirección de Enfermería	41
4.2.4. Dirección de Gestión	42
4.2.5. Comisión de Dirección	43
4.3. Órganos de asesoramiento	44
4.3.1. Junta Técnico-Asistencial	44
4.3.2. Comisión Central de Garantía de Calidad	44
4.3.3. Comisión de Participación Hospitalaria	45
4.3.4. Comisión de Bienestar Social	46

4.4.	Función directiva	46
4.5.	El marco de la función directiva: responsabilidad, autoridad y competencia	48
4.5.1.	Responsabilidades de la gestión	48
4.5.2.	Autoridad: los niveles de gestión	48
4.5.3.	Competencias: las habilidades de gestión	49
5.	Organización de los servicios sanitarios. Gestión de procesos.....	51
5.1.	Servicios sanitarios	51
5.1.1.	La estructura de los servicios médicos	52
5.1.2.	Funciones del servicio médico	53
5.1.3.	La organización de los servicios médicos	55
5.2.	Servicios sanitarios del futuro	67
5.3.	Cuadros de mando de un servicio	68
5.3.1.	Datos e indicadores del cuadro de mando	69
5.4.	Gestión de procesos asistenciales	76
5.4.1.	Definición de gestión de procesos (GP)	77
5.4.2.	Elementos del proceso	79
5.4.3.	Características esenciales de todo proceso	81
5.4.4.	Identificación de procesos clave	83
5.4.5.	Por qué la gestión de procesos	84
5.4.6.	Ventajas de la gestión por procesos	85
5.4.7.	Dificultades de la gestión de procesos	86
5.4.8.	Razones que justifican la gestión por procesos	86
5.4.9.	Reingeniería o rediseño de procesos	87
5.5.	Organizaciones por procesos	88
5.5.1.	Cultura de las organizaciones	88
5.6.	Indicadores de procesos asistenciales	88
5.6.1.	Características y requisitos de los indicadores	89
5.6.2.	Construcción de los indicadores	90
5.6.3.	Clasificación de los indicadores	91
5.6.4.	Gestión por indicadores	94
5.7.	Representación gráfica del proceso	95
5.7.1.	Arquitectura nivel 0	96
5.7.2.	Arquitectura nivel 1. Representación del proceso integral en su conjunto	96
5.7.3.	Arquitectura nivel 2. Representación de los subprocesos	97
5.7.4.	Arquitectura nivel 3	98
6.	Gestión de procesos. Gestión clínica. Vías clínicas.....	100
6.1.	Gestión clínica	100
6.2.	Vías clínicas	103
6.2.1.	Concepto de vía clínica	103
6.2.2.	Objetivos de las vías clínicas	104
6.2.3.	Beneficios	105

6.2.4.	Inconvenientes y/o dificultades	106
6.2.5.	Problemas	107
6.2.6.	Funciones del coordinador de la vía clínica	107
6.2.7.	Evaluación y resultados	108
7.	Medición de la actividad y producción.....	109
7.1.	Producto sanitario	109
7.2.	Herramientas de <i>case mix</i>	112
7.2.1.	Sistemas basados en el estado del paciente	113
7.2.2.	Sistemas basados en consumo de recursos	114
7.3.	Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)	115
7.4.	La medida del producto ambulatorio	120
Glosario		123
Bibliografía		124

Introducción

Desde hace varias décadas, las organizaciones (sanitarias) se han preocupado por optimizar sus resultados a la vez que acercarse a las necesidades de los pacientes, usuarios del sistema y profesionales que prestan sus servicios en las organizaciones de salud.

La gestión bajo los principios de la calidad total se sustenta en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios/clientes, la implicación activa de los profesionales y estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que se realizan.

En la anterior década, este abordaje comenzó a resultar insuficiente en una sociedad en continuo movimiento, donde las exigencias de los usuarios y sus necesidades están en permanente cambio. Así, estas líneas de acción necesitan complementarse con una visión ágil e innovadora que consiga la fidelización del cliente, pues este no solo espera calidad en los productos o servicios, sino también que estos se adapten permanentemente a sus necesidades.

Sin embargo, en el ámbito sanitario, la correcta integración tanto del conocimiento como de la organización de la asistencia centrada en el paciente no siempre es una realidad. De hecho, es posible que ocurra lo contrario, ya que en un contexto donde las necesidades son cambiantes, con rápidos avances tecnológicos y constantes aportaciones a la base de conocimientos científicos y sin una gestión adecuada de los diferentes elementos que lo conforman, la práctica clínica puede encontrar una variabilidad por encima de lo razonablemente esperable, puede alejarse con facilidad de los intereses de los pacientes y puede olvidar también el papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total en un entorno de las características mencionadas. Es decir, procura asegurar de manera rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.

Los cinco pilares sobre los que la gestión por procesos se centra son los siguientes:

- 1) Enfoque centrado en el paciente (cliente o usuario).
- 2) Implicación de los profesionales sanitarios.

3) Mejora en la práctica clínica a través de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas.

4) Desarrollo e implementación de un sistema de información integrado.

5) Garantía de una continuidad de la asistencia.

Así, la gestión integral de procesos se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud.

El punto de partida es de un sistema sanitario que no favorece al paciente y que, con frecuencia, le traslada la organización de sus servicios, fragmentando y dividiendo la asistencia como si cada actuación sobre el mismo usuario correspondiera a un paciente diferente.

En este sentido, es importante el abordaje integral de los procesos asistenciales de los servicios de salud, que permite una gestión integral que se basa en los principios básicos antes citados y que, a continuación, se explican más detalladamente:

1) **Enfoque centrado en el paciente**, teniendo en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas, y midiendo su grado de satisfacción.

Por ello, el paso previo al diseño de un proceso debe ser el conocimiento y la comprensión de las necesidades y expectativas de quienes van a utilizar los servicios. Esto supone que el usuario introduce en la definición y medición de la calidad aspectos nuevos que trascienden los meramente técnicos o científicos. La calidad, así entendida, implica y mide también un conjunto de relaciones: las que se producen entre profesionales, usuarios y empresa.

Esta perspectiva proporciona, pues, un modo de enfocar el proceso de atención que favorece un cambio cultural en la organización, dirigido a no olvidar en ningún momento cuál es el verdadero centro de las actividades: el paciente.

2) **Implicar a los profesionales en la gestión del proceso del que forman parte**, convirtiéndolos en los motores del cambio y en los protagonistas de las aportaciones para la mejora permanente y la integración de innovaciones, la gestión de los recursos, la organización de las actividades que componen el proceso, los procedimientos adecuados en cada momento y la mejor entrega de servicios. Integra por tanto la gestión clínica y pretende aportar una visión dinámica de la contribución de los profesionales a la gestión.

Todo esto obliga a construir el proceso sobre el trabajo en equipo, aunando personas de diferentes disciplinas, que desarrollan su actividad en diferentes espacios, en aras de lograr un proceso de atención coherente e integrado.

3) **Práctica clínica adecuada**, que aporta al proceso las recomendaciones clínicas necesarias en forma de guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones y que incorporen las innovaciones necesarias establecidas durante el rediseño del proceso.

4) **Sistema de información integrado**, que proporcione el conocimiento necesario sobre qué actividades se realizan, para quién, en qué momento, así como cuál es su efectividad y su coste. Es decir, un sistema de información que permita evaluar las intervenciones para la mejora continua.

5) Por último, la **continuidad de la asistencia**, como objetivo fundamental. Se trata no solo de mejorar el qué y cómo se realizan las actuaciones, sino también el cuándo, parámetro que se relaciona directamente con la efectividad y eficiencia de estas. Así, el objetivo se centra en romper las interfases, rellenar los espacios en blanco y eliminar las actuaciones que no aportan valor añadido al proceso de atención.

Los sistemas de salud deben por lo tanto iniciar este camino construyendo paulatinamente un modelo de gestión integral de procesos, en unos casos desde la aparición de síntomas y signos de enfermedad aguda o crónica (proceso accidente cerebro-vascular, dolor torácico, cataratas, etc.) y, en otros, desde el diagnóstico precoz (proceso de cáncer de mama, cáncer de cérvix). No obstante, tiene el objetivo de ir ampliando progresivamente este modelo hacia una visión global: desde el abordaje de factores de riesgo hasta la rehabilitación y los cuidados de prevención terciaria.

Para ello, será necesario definir de manera ordenada todos los pasos necesarios para desarrollar un sistema de gestión integral de los procesos asistenciales:

- Elaborar el mapa de procesos y priorizar los procesos considerados clave.
- Diseñar la forma más adecuada para abordar cada uno de los procesos asistenciales, incorporando en ellos la mejor evidencia científica disponible.
- Implantar los procesos en la organización.
- Evaluar los procesos y elaborar el Plan de mejora continua.

1. Sistema sanitario

1.1. Introducción

Un sistema sanitario es un conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción de servicios sanitarios. Se denomina sanitario a aquel servicio cuyo objetivo directo es la mejora o protección de la salud. Pero los sistemas sanitarios tienen otros objetivos: obtener un beneficio empresarial en las entidades privadas, y objetivos políticos (atender demandas de la población, creación de empleo público) en los públicos.

Existe una opinión generalizada de la mayor influencia en la salud de temas como la alimentación, la vivienda o la educación que los servicios sanitarios (fig. 1). Sin embargo, desde el año 2000 la OMS establece que gran parte de la mejora de salud de la población se debe a la acción sanitaria.

1.2. Desarrollo de los sistemas sanitarios

En un principio, las necesidades de incapacidad y la necesidad de afrontar la dependencia de otras personas que podía afectar a cualquier miembro de la sociedad se encontraban cubiertas por la familia (o tribu). En la Europa medieval las instituciones religiosas y las organizaciones de voluntarios comenzaron a dar apoyo económico y asistencia a los más necesitados. Con las ideas liberales del siglo XVIII, la legislación se limitaba a actuaciones en casos de transcendencia social (epidemias, control de infecciones, abastecimiento de aguas, normas sobre enterramientos, etc.). En España, el antecedente más próximo corresponde a una epidemia de fiebre amarilla en Cádiz en 1812.

En el siglo XIX, comenzó la agrupación en cooperativas o sociedades de trabajadores industriales, que –tras la adquisición del derecho al voto– comenzaron a considerar al Estado como garante de las seguridades básicas.

En 1883, el canciller Bismark convenció al parlamento conservador alemán de aprobar una serie de medidas sociales, protección a los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, vejez e invalidez, todo ello para controlar la presión socialdemócrata.

Aparecieron entidades sin ánimo de lucro cuya finalidad era recaudar las contribuciones de trabajadores y empleados. Este ejemplo fue seguido por Bélgica, Noruega, Francia, Gran Bretaña, así como por Japón y Chile. El crac económico de 1929 generó más conciencia de la necesidad de protección, si bien coincidió con la limitación de recursos económicos. Todas estas coberturas fueron bien recibidas por la clase médica, ya que le permitía el cobro de unos hono-

rarios médicos, que de otra manera no sería factible. Como referencia, antes de la Segunda Guerra Mundial solo el 35% de los trabajadores disponían de seguro médico.

El primer país en implantar la cobertura universal fue Nueva Zelanda, en 1935. En Europa será el National Health Service (NHS), en Gran Bretaña, el primero que garantizó cobertura universal, en 1948. Tras la posguerra se generaliza en la mayoría de los países, excepto en Estados Unidos. Por otra parte, también se ha producido la desmantelación de sistemas sanitarios que funcionaban, como ha sucedido en Chile, China o Rusia.

1.3. Clasificación de sistemas sanitarios

En función de la financiación, tenemos los que se nutren de fondos públicos, mutualistas o seguridad social (Bismark) y los liberales o de financiación privada. La realidad es que los estados que financian la sanidad a través de los Presupuestos Generales del Estado tienen una aportación mutualista, y los que disponen de modelo Bismark (Alemania, Holanda) han extendido la cobertura a la totalidad de la población, mediante impuestos. En Estados Unidos el Estado aporta un 6% del PIB.

Prácticamente todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados (y de algunos en vías de desarrollo) han logrado las mismas metas (cobertura universal, aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil, etc.) con problemas parecidos: aumento del coste sanitario (tecnología y farmacia), problemas de equidad en el reparto de recursos y accesibilidad, escasez de personal, etc. También han aplicado recetas similares: descentralización, aumento de los sistemas copago y mezcla de los sistemas público y privado.

Los años setenta y ochenta nos trajeron un interés en la contención del gasto (necesidad financiera), sin disminuir las prestaciones (necesidad política), todo ello ante el elevado incremento del gasto sanitario. En los últimos años lo que hemos tenido es una presión por la búsqueda de un modelo eficaz y eficiente.

1.4. Características de los sistemas sanitarios

La OMS considera que los sistemas sanitarios se definen por:

- **Gobernanza:** Acciones políticas que los gobiernos consideran fundamentales para conseguir sus fines de equidad, cobertura, accesibilidad, calidad y derechos de los pacientes.
- **Financiación.**
- **Recursos humanos.**

- Información.
- Conocimiento. Como elemento entre la información y la acción.
- Medicamento y tecnología.
- Investigación. Que permitan determinar qué sistemas o acciones funcionan.
- Provisión de servicios.
- Equidad. Entendida como la ausencia de diferencias remediabiles entre distintos grupos de población.
- Salud y desarrollo. Las personas vulnerables enferman y mueren antes y tienen menor acceso a los servicios sanitarios.

Vamos a centrarnos en los más relevantes:

- **Equidad.** Igualdad de trato y accesibilidad de los servicios sanitarios, así como en los rendimientos, expresados en datos. Igual atención ante igual necesidad. En nuestro país nos encontramos con el programa de los trasplantes como ejemplo de equidad a un precio importante. Los indicadores demuestran que las diferencia en la salud entre los distintos niveles sociales no solo no disminuyen, sino que aumentan, tanto en países como Estados Unidos, como en los países de Europa cuya cobertura es predominantemente privada. El copago no siempre es rentable; existen estudios de los costes generados por la no adherencia a los tratamientos farmacológicos de pacientes que han abandonado los tratamientos debido a sus costes.
- **Eficacia.** Aquello que logra el efecto deseado. En el caso de la actividad sanitaria, la curación, la mejoría, o por lo menos el diagnóstico y tratamiento.
- **Eficiencia.** La salud no tiene precio, pero la salud tiene coste. Se trata de introducir el término de coste junto con la eficacia. El gasto sanitario suele aumentar tal como lo hace el PIB. En los últimos años el gasto ha ido por encima del aumento de la renta. Las causas son conocidas: expansión casi universal de la cobertura, aumento del gasto farmacéutico, envejecimiento de la población, encarecimiento y extensión de la tecnología, medicina defensiva como reacción a la litigiosidad de la sociedad, etc.

1.5. Reflexiones de los sistemas sanitarios

La relación directa entre mayor riqueza y mayor gasto sanitario también tiene la otra dirección: un menor gasto genera un decremento del PIB (bajas, muertes, sida, etc.). Hay un consenso en que el mayor gasto sanitario individual corresponde al último año de nuestra vida. ¿Por qué? Porque suele coincidir con el diagnóstico o agravamiento de una patología importante (ingresos UCI, intervención quirúrgica, etc.). El gasto sanitario tiene mayor peso en el gasto hospitalario que el preventivo (menos del 3% del gasto sanitario).

Las reformas sanitarias han surgido como necesidad, por el aumento del crecimiento del gasto sanitario y por las demandas de la población. Los cambios han supuesto modelos de copago (compartir el gasto). Queda el debate sobre si estas medidas han aumentado o reducido las desigualdades.

Los países de la UE gastan un 7,76% de su PIB. La media de la Europa de los 15 es del 8,6% y la de los nuevos miembros, del 5,8%. Si destacamos el coste por patología, las enfermedades cardiovasculares suponen un coste del 3% del PIB, la salud mental supone un 4% y la obesidad supone un gasto de entre el 2 y 8%.

El aumento de la esperanza de vida (68,5 en 1960 a 77,8) se explica con un aumento de la renta per cápita, excepto en países como España y Japón, en que el aumento se explica por otras causas.

El aumento del gasto farmacéutico sigue siendo mayor que el gasto sanitario.

En países como Canadá y Reino Unido, más del 20% de los médicos son de otros países.

En Alemania, la esperanza de vida entre este y oeste se ha igualado. Su gasto sanitario es el más elevado y se han eliminado algunas prestaciones (gastos funerarios, transporte y gafas). El 10% tiene seguro privado, con copago (10 € por día de estancia). La financiación de algunos medicamentos está condicionada a los hábitos de vida.

2. El hospital y sus tipologías

2.1. Evolución histórica

La existencia del hospital conceptualmente obedece a la existencia de enfermos, aunque bien es cierto que este concepto ha ido cambiando y evolucionando en el tiempo. Podemos considerar que el hospital es la institución sanitaria que mejor ha representado la evolución de los valores de la sociedad.

En dicha institución confluyen los valores de la colectividad, representados por los pacientes, respondiendo a las preguntas de quién son, de qué enferman, dónde se los atiende, etc.; asimismo se hace patente el nivel científico de la colectividad a través de los profesionales sanitarios (quiénes son, con qué ayudas instrumentales cuentan, cómo se realiza la atención) y, por último, mediante la forma de organización se hace patente la jerarquía de los valores (abiertos-cerrados, agudos-crónicos, etc.).

Tal como manifestaba el antropólogo Malinoswky,

“la sociedad en todos los tiempos y latitudes acaba por crear aquellas instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento”.

Esto es aplicable a la institución hospitalaria; así, podemos identificar que en la época de Buda, en la India se establecía una estructura anexa a los templos y a cuyo cargo había un médico. Así también, en Grecia, 3.000 años a. C. tenemos lo que será el *xenodoquium*, lugares destinados a la atención de enfermos y heridos de origen extranjero, ya que los naturales del lugar recibían la atención en sus domicilios. En la época cristiana se pondrá nombre a estas instituciones a partir del término *hospes*, ‘huésped’. El primero de ellos fue San Basilio, en Italia. En la Edad Media aparecen los hospitales religiosos, que fueron favorecidos por la aparición de epidemias y por las cruzadas, que movilizaban grandes volúmenes de peregrinos. En estos pabellones en forma de cruz se establecieron las primeras decisiones organizativas, distribuyendo pacientes por edad y sexo, y aparecieron los primeros servicios comunes/generales (como la farmacia).

El *boom* de estas instituciones generó la necesidad de que en el año 1229 el rey de Sicilia Federico II tuviera la iniciativa de regular el ejercicio de los profesionales médicos; se convierte así en el pionero y patrón de la formación MIR.

Pasado sin mucho impulso el Renacimiento, dos elementos impulsan la institución hospitalaria en el siglo XIX: por una parte, los avances científicos (fisiología, bacteriología, antisepsia, etc.) y, por otra, la aparición de la enfermera profesional (el Hospital Liverpool es el primero que las incorpora) en sustitución de las damas de caridad.

El siglo XX es el de la aparición de los hospitales públicos. Este desarrollo no fue homogéneo en Europa; Francia, dado el amplio número de hospitales religiosos, fue la pionera en estos años.

Durante este siglo, se crea el hospital moderno, que aunque hereda lo anterior se basa en los principios de que los hospitales tienen tres funciones: asistencial, docente e investigadora. Es decir, no solo es el lugar donde se realizan actividades médicas y de cuidados, también es donde se aprende a realizarlas.

Es el momento de recordar la definición de hospital que hace la OMS:

“El hospital es parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian el ámbito familiar. Es también centro de formación del personal médico-sanitario y de investigación biosocial”.

2.2. Etapas

De acuerdo con el desarrollo organizativo.

1) Primera etapa

Aparece el hospital de la caridad, en el que el personal –de manera voluntaria y parcial– se ocupaba de los pacientes desde la perspectiva de por el enfermo hacia Dios. Sin vías de financiación propias, dependerá de la generosidad de las donaciones recibidas.

2) Segunda etapa

Pasaremos a hospitales de beneficencia. Se trata de una institución de carácter humanitario, aunque se adaptará en cada país; su filosofía emana de la Ley de Pobres (Isabel II), la clave es hacer recaer la responsabilidad de la atención a los pobres sobre las parroquias.

Se mantiene en algunas instituciones de nuestro país esta filosofía.

3) Tercera etapa

Corresponde al hospital-asistencial. Es fruto de la Revolución francesa dentro de los logros sociales conseguidos. Traslada la responsabilidad de la atención sanitaria de los súbditos a sus estados.

4) Cuarta etapa

El aumento de los costes y su progresión imparable provoca la aparición del hospital como empresa. Es decir, aplicar en la institución hospitalaria las técnicas y métodos que han demostrado su eficacia en otros sectores.

Es evidente que será diferente de acuerdo con el sector en el que nos encontremos, ya que en el privado forma parte de su filosofía, incorpora y perfecciona estas herramientas, mientras que en el sector público es más compleja esta evolución. En esta etapa cabe destacar dos hitos que son meritorios: la diversificación profesional, que no es más que la necesaria especialización del mundo industrial, y la gradación de los cuidados, que conlleva una distribución de los recursos, no de manera uniforme sino acorde con la patología presentada por los pacientes.

Aparecen las UCI o las UVI, en las que la tecnología más sofisticada se pone a disposición de los pacientes más graves, además de la especialización de los profesionales de dichas áreas.

Por contra, aquellos pacientes cuya vida no corre peligro o que han dejado de correrlo son atendidos en otras unidades de cuidados medios, sin incorporar todas las tecnologías que encarecen la asistencia.

5) Quinta etapa

El hospital integral, como hospital empresa que es responsable del 50% del gasto sanitario. Esta regla se cumple en la mayoría de los países europeos, y en el nuestro viene a suponer un 3% del PIB.

Se trata de una organización jerarquizada, con una vocación de dedicación completa y en exclusiva por la mayoría de los profesionales que desarrollan dicha laboral en estos hospitales.

Los objetivos que tendrán las unidades asistenciales de manera genérica son tres de manera simultánea en el tiempo: preventivo, asistencial y rehabilitador.

Se trata de la última generación de hospitales, que amplían su ámbito hasta la comunidad, representada por las áreas/departamentos. De acuerdo con las características legales y administrativas, podemos hablar de particularidades aunque se da cierta homogeneización respecto a las peculiaridades sanitarias.

2.3. Clasificación de los hospitales

Aunque existen áreas comunes en todos los hospitales, no todos son iguales. Existen diferencias, no pequeñas, que van desde la complejidad de los procesos hasta el fin último de estos, el tipo de paciente al que atienden o el mercado al que se dirigen. Así, tenemos los siguientes tipos:

1) Por la dependencia patrimonial

- Públicos
- Privados (con o sin ánimo de lucro)

2) Por su función

- Hospitales generales. Atienden varias especialidades (médicas y quirúrgicas).
- Hospitales monográficos. Destinados a un tipo de paciente concreto (psiquiátrico, maternidad, pediátrico).

3) Por la complejidad asistencial

Esta clasificación viene determinada por instalaciones, tecnologías, especialidades, personal empleado, etc., que posee el hospital y que lo orienta y le permite abordar diferentes niveles asistenciales.

- De alta complejidad (terciario). En ellos se trata a los pacientes más complejos, donde se abordan los tratamientos más complejos y que requieren la tecnología más avanzada.
- De media complejidad (secundario). Dispone de importantes recursos, pero no dispone de servicios complejos.
- De baja complejidad (primario). Lleva a cabo a la asistencia a los pacientes agudos con patología sencilla.

4) Por el tipo de pacientes

- Agudos. En su mayoría, de corta estancia.
- Crónicos. De media y larga estancia.

5) Por su ámbito de influencia

- Locales (comarcales).

- De área.
- De referencia.

3. Estructura y modelos organizativos hospitalarios

3.1. Introducción

Son muchos los factores, internos y externos, los que influyen en la estructura y organización de un hospital: el ámbito de su hospital y sus dimensiones, el tipo de pacientes al que atiende, su particular cultura, la formación y motivación del personal o el entorno social y económico en el que se desenvuelve, factores políticos, etc. Algunos de estos factores dependen más o menos del propio hospital y otros no.

El Consejo de Europa recomienda aplicar una serie de medidas en la organización hospitalaria:

1) Integración de las prestaciones médicas a enfermos hospitalizados y no hospitalizados

Esto significa el adecuado intercambio de información entre los distintos niveles, así como la integración organizativa entre las consultas externas, las urgencias y la hospitalización.

2) Organización de los cuidados

Establecer la correspondiente correlación entre cuidados intensivos, intermedios y mínimos. Favorecer el establecimiento de los cuidados psiquiátricos en los hospitales generales.

3) Dirección del hospital

Establecer una distinción clara entre la dirección y los titulares de la institución. Estos se responsabilizan de establecer la política general, mientras que los primeros establecen la administración diaria, la estructura de la organización, relacionan y coordinan los servicios médicos y administrativos, y establecen una política global de la dirección de personal.

4) Sistema de información

Asegura la necesidad de calidad para la gestión, tanto para los servicios médicos como administrativos.

5) Política de comunicación

Tanto horizontal como vertical y con una adecuada información personalizada a los pacientes.

6) Estructura de los servicios médicos del hospital

Tratamiento global del paciente mediante un trabajo en equipo. Hay que procurar centralizar las tareas de diagnóstico y sus servicios. Establecimiento de protocolos con responsabilidades bien definidas.

7) Evaluación del trabajo médico

Formar a los médicos en el conocimiento y en la importancia de la eficacia, la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria. Facilitarles la suficiente información de carácter económico, administrativo y técnico. Establecer comisiones de control y de la calidad de la asistencia.

8) Estructura de los servicios de enfermería

Recomienda el cuidado en equipos por personas y no por funciones. Atención personalizada.

9) Servicios médico-sociales

Para facilitar determinadas dificultades de los enfermos de carácter psicológico, social, etc.

10) Derechos del enfermo

Atención dedicada y personal a cada enfermo.

11) División del trabajo, participación e incentivos

Estimulando la autonomía en el trabajo y la participación del personal. Facilitando la formación permanente.

Otros aspectos, como la seguridad en el hospital, la comparación de servicios entre hospitales, la concepción de los hospitales y la cooperación internacional, completan las recomendaciones.

Clásicamente, la organización de las empresas se ha inspirado en el modelo taylorista, mediante el cual estructuras verticales esencialmente independientes se encargaban de controlar su parte en el proceso. Estos sistemas comenzaron a implantarse a principios del siglo XX y cumplieron, sin duda, su objetivo principal: el aumento de la productividad. Las empresas empleaban este esquema y lograban unos resultados no soñados hasta ese momento. Muchas de las organizaciones actuales aún funcionan con dicho modelo; sin embargo, se ha evidenciado que muchos de los problemas se generan precisamente en

los periodos del proceso que se sitúan entre las actividades de los departamentos o servicios. Por ejemplo, en los procesos clínicos es común observar las demoras o repeticiones de pruebas o las interferencias de tratamientos cuando el paciente va circulando por distintos servicios o áreas. Casos típicos de ello son los pacientes vistos por múltiples especialistas por padecer politraumatismos o pluripatologías.

Pero las organizaciones han ido aprendiendo con el paso del tiempo y actualmente se reconoce la necesidad de considerar los procesos como un conjunto de actividades que siguen un curso horizontal. Esto significa que los profesionales que realizan las actividades dentro del proceso han de salir de su área estructural y coordinarse con otros especialistas para definir e implantar las medidas necesarias para evitar todas esas ineficiencias y errores que, en muchas ocasiones, van a repercutir en la salud y bienestar, así como en la calidad que el paciente y su familia van a percibir. A estos, no les interesa cómo está estructurado cada servicio, lo que desean es que todos los profesionales se pongan de acuerdo y puedan realizar su trabajo con una clara orientación hacia las necesidades y expectativas del paciente.

Por tanto, ante las organizaciones verticales, surgen como alternativa actual las horizontales. Pero el cambio radical de la estructura clásica no es sencillo y requiere adaptaciones. Si consideramos la estructura de los centros sanitarios, podríamos decir que, en el presente, nuestras organizaciones siguen un modelo matricial.

Esto significa que, por una parte, existen dichas estructuras verticales (diferentes servicios clínicos, dirección médica y dirección de enfermería, etc.), pero, por otra, los procesos se desarrollan de una manera horizontal. Cada vez más los servicios se ponen de acuerdo para diseñar protocolos y vías clínicas multidisciplinarios, los médicos de atención especializada y atención primaria unifican criterios, los médicos y el personal de enfermería establecen pautas de cuidados conjuntamente, se han promovido iniciativas hacia la creación de unidades de gestión clínica e institutos (integración de procesos y de servicios, respectivamente), etc. Estos hechos demuestran una evidente inclinación al desarrollo de los procesos horizontales. Sin embargo, aún queda un largo camino hasta modificar sustancialmente nuestras estructuras organizativas.

En este sentido, la gestión por procesos es la estructura más avanzada y plantea la necesidad de que todos los procesos de una entidad se gestionen de una manera horizontal, dotando a la organización de estructuras fundamentalmente facilitadoras y coordinadoras, con un menor componente de mando que las estructuras verticales. Este es el esquema que propugnan los modelos de excelencia y representan un avance muy importante que requiere una madurez y un conocimiento en la gestión de procesos.

3.2. Gestión tradicional frente a gestión por procesos

Gestión tradicional	Gestión por procesos
Se centra solo en procesos de práctica.	Se incorpora la gestión clínica basada en la evidencia.
Hay variabilidad.	Contempla procesos de gestión: soporte y logísticos.
No contempla procesos de gestión.	Contempla la integración asistencial entre niveles de atención.
No contempla la continuidad asistencial. La responsabilidad es compartida por varios profesionales.	La responsabilidad es única: coordinador del proceso.
Prevalece la organización vertical.	Convive la organización vertical con la horizontal.
Evalúa la eficacia de la práctica clínica del proceso.	Se somete el proceso a estabilización y control, lo que permite evaluarla. Efectividad y la eficiencia.
Mejoras de carácter reactivo ocasional y a veces gradual de los procesos.	Mejoras de carácter proactivo permanente gradual y radical.
Aprendizaje esporádico dentro de la misma organización.	Aprendizaje sistemático dentro y fuera de la organización y sector. <i>Benchmarking</i> .

Fuente: J. R. Mora Martínez

Gestión funcional	Gestión por procesos
Organización por departamentos o áreas.	Organización orientada a los procesos.
Los departamentos condicionan la ejecución de las actividades.	Los procesos de valor añadido condicionan la ejecución de las actividades.
Autoridad basada en jefes departamentales.	Autoridad basada en los responsables del proceso.
Principio de jerarquía y de control.	Principio de autonomía y de autocontrol.
Orientación interna de las actividades hacia jefe/departamento.	Orientación externa hacia el cliente interno o externo.
Principios de burocracia, formalismo y centralización en la toma de decisiones.	Principios de eficiencia, flexibilidad y descentralización en la toma de decisiones.
Ejercicio del mando por control basado en la vigilancia.	Ejercicio del mando por excepción basado en el apoyo o la supervisión.
Principio de eficiencia: ser más productivo.	Principio de eficacia: ser más competitivos.
Cómo hacer mejor lo que venimos haciendo.	Para quién lo hacemos y qué debemos hacer.
Las mejoras tienen un ámbito limitado: el departamento.	Las mejoras tienen un ámbito transfuncional y generalizado: el proceso.

Fuente: A. Badía.

3.3. Modelos organizativos y de gestión

Uno de los pilares del estado de bienestar español es el sistema nacional de salud (SNS). A pesar de los buenos resultados de acuerdo con el gasto, necesita innovaciones organizativas que permitan su mantenimiento y mejora.

La sostenibilidad del SNS exige el incremento de los recursos para hacer frente a necesidades y demandas de los ciudadanos, pero esta decisión no será suficiente. La clave será determinar qué cambios refuerzan y son compatibles con el SNS y cuáles pueden debilitarlo afectando al principio de igualdad.

Vamos a analizar las principales formas de organización existentes en el SNS, insistiendo en las innovaciones organizativas y en las denominadas nuevas formas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios.

Durante las últimas décadas hemos asistido a un afán de reformas e innovaciones que ha corrido paralelo a una notable ausencia de evaluaciones sistemáticas rigurosas e independientes.

Una de las razones ha sido a la ausencia de sistemas de información estatal que permitan analizar y evaluar los cambios organizativos. Por lo tanto, frente al análisis tenemos el discurso vacío.

Organizaciones burocráticas con un régimen laboral de tipo funcionarial frente a todo lo privado es bueno/más eficiente.

3.4. Reformas organizativas en el sistema nacional de la salud

Las reformas en la gestión pública durante la última década del siglo XX pueden agruparse en tres grandes estrategias: gerencialismo, introducción de mecanismos cuasimercados y privatización. Alternativas que pretenden trasladar la capacidad de decisión hacia los agentes con mayor potencial de logro de eficiencia.

1) Gerencialismo

Los modelos gerenciales suponen la importación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario. Es frecuente en el INSALUD y en los servicios autónomos de salud en los últimos años.

2) Cuasimercados

Se trata de una amplia gama de mecanismos que pretenden emular el funcionamiento del mercado, transformando las burocracias que han realizado las funciones de producción y distribución de los servicios públicos que caracterizan los estados de bienestar modernos.

Estas dos alternativas han estado presentes en las reformas de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Los resultados son controvertidos y están condicionados a la historia de cada país; cambios reales o retóricos.

También es importante destacar que aunque normalmente han sido gobiernos liberales/conservadores los que han introducido estas iniciativas, han sido mantenidos por los gobiernos socialdemócratas/laboristas, como en el caso del Reino Unido (el impulso por parte del Gobierno de Blair del modelo Private Financial Initiative, PFI).

En el SNS se ha intentado descentralizar la producción para favorecer la competencia entre proveedores que asumen riesgos en su gestión. Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical que caracteriza a los servicios de salud en España en varios procesos:

- La introducción de los contratos-programa y contratos de gestión, tanto en el INSALUD como en los servicios de salud.
- La transformación de la forma jurídica de los servicios de salud en entes de derecho público, frente al carácter administrativo.
- La dotación de personalidad jurídica de los hospitales y centros sanitarios en entes de derecho público (fundaciones públicas y consorcios).
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta de proveedores privados.

Los elementos comunes como eje vertebrador del cambio son:

- La separación de funciones entre financiador/comprador/proveedor de servicios.
- La utilización de contratos.

Motivador por la percepción de las insuficiencias de las organizaciones burocráticas, modelo SNS.

3) Privatización

Obligaría a crear de mercados de aseguradoras privadas con ánimo de lucro. Las competencias entre aseguradoras pueden influir en la equidad y eficiencia.

3.5. El sistema nacional de salud español

Nuestro sistema sanitario público surge en el marco de los seguros obligatorios de enfermedad, pero con una diferencia importante: la seguridad social desarrolla una red de centros y organizaciones de carácter ambulatorio y hospita-

lario integrados en el INP (Instituto Nacional de Previsión), a excepción de Cataluña. Posteriormente, el INSALUD agrupa la oferta pública proveniente del INP.

Por lo tanto, nuestro sistema sanitario tiene como característica una fuerte integración de la financiación y provisión de los servicios sanitarios (producción).

Las organizaciones sanitarias públicas están regidas por el principio de jerarquía y sometidas al derecho público con un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones. Burocracias públicas.

La Ley General de Sanidad sanciona el derecho ciudadano a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de seguridad social a un SNS, pero no modifica de manera significativa la organización de la sanidad pública.

Tanto el INSALUD, como las diferentes CC. AA., responden a modelos burocráticos que predicen un funcionamiento ineficiente.

En régimen de monopolio, obtienen ingresos mediante transferencias de los presupuestos públicos y no mediante la venta de sus servicios, con lo que disminuyen los incentivos al trabajo eficiente de directivos y profesionales.

Por lo tanto, los servicios de salud han ido adoptando un modelo sometido al derecho administrativo, sustentados al cumplimiento de la legalidad y no a la eficiencia de los recursos públicos.

En el ámbito de las relaciones laborales se ha optado por el marco estatutario (Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud), un modelo continuista con alguna posibilidad de adaptación por los servicios de salud.

Movilidad del personal por necesidades de servicio, carrera profesional, modificación de categorías y adaptación de jornadas.

Relación funcionarial frente a relación laboral.

Además, en el ámbito de los servicios de salud las competencias de personal están centralizadas, por lo que las hace más vulnerables a consideraciones políticas y sindicales, alejándolas del ámbito natural del centro donde se prestan los servicios.

El modelo retributivo también ha seguido un modelo funcionarial, carente de incentivación y con dinámicas preocupantes. Modelo inflacionista frente a modelo comparativo/agravio comparativo con otros servicios de salud.

Tercera característica: la generación de déficits presupuestarios en los centros asistenciales (sobre todo en hospitales). Modelo sustentado en el aumento de la demanda, autonomía clínica e innovación de la tecnología médica. Es indudable que son los médicos a través de sus decisiones clínicas (asignación de recursos a cada enfermo), en el ámbito diagnóstico y terapéutico.

Los centros sanitarios con personalidad jurídica se convierten en centros de gasto donde no se establece una vinculación explícita entre gasto y actividad.

La estrategia gerencialista está centrada en el desarrollo de los contratos-programa, modelos de financiación prospectiva y descentralización de decisiones a través de unidades/institutos clínicos.

La LGS otorga a cada comunidad autónoma autonomía en la organización de sus servicios de salud. Así, tenemos organismos autónomos de carácter administrativo con personalidad jurídica propia en Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y La Rioja.

3.6. Innovaciones organizativas y de gestión

El Informe Abril (1991) propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, así como configurar los centros sanitarios (hospitales) como empresas públicas regidas por el derecho privado.

La realidad no ha ido por este camino, pero se han buscado fórmulas intermedias. Tal como establece la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión, no se excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de los centros sanitarios, siempre que tenga naturaleza/titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público.

Habla de gestión directa y de gestión indirecta. La primera implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque con personalidad jurídica interpuesta. Esta innovación permitirá a las distintas CC. AA. establecer sus modelos. Los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios.

La gestión indirecta se caracteriza por que la producción del servicio público se desarrolla por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la AP la provisión del servicio público mediante la Ley de Contratos de las AA. PP.

3.7. Innovaciones de gestión de los servicios sanitarios sin personalidad jurídica específica

Los modelos gerencialistas se han concretado a través de los contratos-programa, la gestión clínica y la incorporación de herramientas del ámbito empresarial (de acuerdo con el modelo de empresa multidimensional).

Por un lado, la delegación de la capacidad de decisión en las unidades organizativas inferiores libera de recursos a las unidades superiores, lo que permite concentrarse en la labor de evaluación y asignación de recursos.

Por otro lado, la separación de las funciones de financiación y producción, junto con la formalización de contratos con objetivos y resultados, define un marco de incentivación.

Los proyectos de gestión clínica se vertebrarán mediante los institutos clínicos y las unidades de gestión clínica.

Desde el punto de vista de la organización, se trata de pasar de una organización funcional a una estructura divisional basada en el producto.

1) Organismos autónomos de carácter administrativo

Entidades de derecho público creadas por ley, que tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, descentralización administrativa y que tienen como función la organización y administración de un servicio público. Regulación similar a las AA. PP., perfil administrativo con vocación garantista (legalidad) frente a eficiencia. En el ámbito económico, presupuestario, personal retributivo, contratación, contabilidad, tesorería y control previo.

Presentan las mismas carencias de las burocracias públicas, por lo que algunas CC. AA. se configuran como ente propio, de derecho público.

2) Entes de derecho público

Podemos hablar de las empresas públicas, derecho público, cuya actividad se sujeta al derecho privado y las SA de capital público, titularidad de la AA. PP.

Los entes de derecho público son organizaciones con personalidad jurídica pública pero que disponen de capacidad de gestión de recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, tanto para la prestación de un servicio público como para funciones de autoridad.

Derecho privado laboral, sujeto a la Ley de Contratos del Estado. Gestión financiera y presupuestaria no ligada al régimen presupuestario de la Administración, con un régimen de control mediante auditorías.

Las experiencias de Madrid y Cataluña tienen varios puntos en común:

Estrategias de modernización de la gestión pública buscando mayor autonomía y flexibilidad.

Cambio de la personalidad jurídica de los servicios de salud, pero no de los centros.

Mantenimiento del estatuto marco como referencia laboral.

La experiencia en Andalucía ha supuesto la creación de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y los hospitales de Costa del Sol, Poniente y Alto Guadalquivir. Permite la aplicación de políticas laborales específicas y diferenciadas de cada centro. Mayor flexibilidad retributiva e incentivos.

3) Consorcios

Los consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio, en el ámbito territorial local, autonómico o estatal. Se pueden integrar entidades privadas sin ánimo de lucro. Gozan de autonomía a través del estatuto de cada consorcio.

Se rigen por la Ley de Contratos del Estado; su control financiero se lleva a cabo mediante auditoría y régimen laboral (aunque pueden integrar personal de otros regímenes según procedencia), y disponen de patrimonio propio.

Consorcio Sanitario de Barcelona, integrado por Generalitat y Ayuntamiento (1988). Funciones de dirección y coordinación de la gestión de los centros sanitarios, así como planificación y contratación.

Andalucía tiene el Consorcio para la prestación de la asistencia sanitaria especializada en la comarca sevillana de Aljarafe. Está formado por la Consejería de Salud y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios (durante 20 años). A través de contratos-programa, que establecen cartera de servicios, financiación y objetivos.

Esta fórmula permite sinergias entre el ámbito público y privado (no lucrativo) combinando la solvencia y el control político de la AP y la flexibilidad de la gestión del sector privado.

4) Fundaciones públicas sanitarias

Se trata de organizaciones con personalidad jurídica, sin ánimo de lucro, formadas por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas que tienen afectado su patrimonio a la realización de fines de interés general.

Encontramos ejemplos de ello en Galicia, Fundación Hospital Alcorcón, Hospital Manacor, Calahorra, etc. A través de los estatutos se establecen fines y reglas básicas de funcionamiento. El órgano de gobierno es el Patronato, la función de control corresponde al Ministerio de Sanidad, derecho privado, régimen laboral y se les aplica derecho civil para la contratación de bienes, obras y servicios.

5) Sociedades públicas mercantiles

A diferencia de los anteriores, no son organismos administrativos sino sociedades de derecho laboral, por lo que no les resulta aplicable la Ley de Contratos del Estado. No se ha utilizado para la gestión de centros hospitalarios o de primaria. Escuela Andaluza de Salud Pública o Sociedad de Alta Tecnología en el País Vasco.

6) Gestión indirecta: contratación externa y propiedad privada

La contratación externa puede realizarse por medio de un concierto regulado por la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, mediante tres modalidades:

- a) Concesión, gestión interesada, concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta.
- b) Concierto para la prestación de servicios sanitarios basado en la LGS.
- c) Convenio singular artículo 67 de la LGS.

El concierto sanitario es un contrato administrativo mediante el cual la prestación de servicios se realiza a través de medios ajenos a los de la Administración sanitaria.

Mediante el convenio singular vinculado se consigue someter al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto titularidad y relación laboral.

La concesión es una fórmula de gestión indirecta de servicios que implica la construcción, el equipamiento y la gestión de los centros sanitarios durante un periodo de tiempo por una empresa privada, a cambio de un pago periódico por parte de la AA. PP.

En nuestro sistema existe una amplia experiencia en la concertación de actividades como lavandería, cocina, limpieza, seguridad, mantenimiento, etc. Las razones para ello son la especialización, la conflictividad y los ingresos económicos.

Esta experiencia es menor, salvo en Cataluña, en los servicios sanitarios, pero esta situación ha ido cambiando en los últimos años mediante concesiones de gestión de servicios públicos (modelo valenciano, modelo Alcira), los modelos PFI (Private Finance Initiative) y, en Cataluña, las entidades de base asociativa.

Todos estos modelos de colaboración público privado (*public private partnership*, PPP) son modelos de gestión indirecta. La diferencia entre los dos primeros es el ámbito de aplicación, ya que en el caso de PFI no se incluyen los servicios clínicos.

También hay que considerar el atractivo político, puesto que permite acometer inversiones a corto plazo sin necesidad de liquidez (aunque hipotecando el futuro).

7) PFI (Private Finance Initiative)

Contrato entre la administración y una empresa para la realización de una inversión y para la gestión de un conjunto de servicios durante un largo tiempo. La empresa debe realizar la inversión, financiarla y gestionar con unos estándares de calidad definidos a cambio de un pago por estos servicios. A diferencia de las autopistas, el pago no lo hacen los usuarios, sino la Administración pública.

El Reino Unido ha desarrollado esta fórmula; también en España, en la Comunidad de Madrid, con 8 hospitales en el Plan de Infraestructuras Sanitarias (2004-2007), en Burgos o en Baleares (Son Dureta).

Duración de la concesión de 30 a 50 años, con un sistema de pago y facturación de los servicios no clínicos muy complejo.

8) Modelo valenciano (modelo Alcira)

Las particularidades de este modelo de concesión administrativa son las siguientes:

- Externalización completa de todos los servicios.
- Duración inicial del contrato 10 años, prorrogable 5 más.
- Inicio el 1 de enero de 1999.
- Revisión del modelo en el 2003 y nueva concesión, por problemas financieros y de redacción del contrato.
- Financiación per cápita, 450 euros (revisión por IPC, crecimiento del gasto sanitario).

- Incluye cartera de servicios.
- Penalizaciones si los pacientes del área acuden a otro hospital.
- Excluido transporte sanitario, oxigenoterapia, prótesis.
- Tasa de retorno de la inversión topada en 7,5%.
- Política de incentivos ligada al gasto farmacéutico en atención primaria.
- Obligación de inversión (50-68 millones) y dotación de fondo de reversión.
- Régimen laboral, convenio colectivo propio.
- No exigencia exclusividad, sistema de incentivos de acuerdo con resultados.
- En la Comunidad de Madrid, con alguna modificación, ámbito solo especializada, actualización de la prima IPC+2%, cápita más baja, 330 euros. H. Valdemoro.
- El modelo cuenta con 5 proyectos en la Comunidad Valenciana.

9) Entidades de base asociativas

Cataluña lidera las experiencias en gestión indirecta de los servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS (Instituto Catalán de Salud). Tres áreas básicas de salud eran asumidas por la Mutua de Tarrasa y SAGESA, y se amplió esta posibilidad a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios en la gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios.

Las entidades de base asociativa deben contar con personalidad jurídica propia; al menos el 51% debe pertenecer a los profesionales sanitarios, que deben prestar servicios, y ningún profesional debe contar con más del 25% del capital social.

Se ha incrementado hasta 9 entidades que asumen la gestión de hasta 12 zonas básicas de salud, con una planificación de alcanzar 16.

3.8. Evolución de las innovaciones organizativas del SNS

Para la evaluación de la eficiencia de las innovaciones y nuevas fórmulas de gestión, sería conveniente evitar dos posiciones extremas; la primera es que la eficiencia y efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad, sino a la calidad de gestión bajo la que está gobernada, y la segunda es aceptar que el sistema público es ineficiente y poco efectivo.

Tanto las estrategias gerencialistas, como las nuevas fórmulas de gestión sanitaria, intentan alejarse del modelo burocrático de producción de servicios (INSALUD, servicios autónomos de salud), que permita disminuir los controles jerárquicos y administrativos, potenciando autonomía e incentivos.

Estas iniciativas se han visto limitadas por normas presupuestarias, de regulación de personal estatutario, de contratación administrativa y por un sistema retributivo desmotivador.

No existen datos sobre las mejoras en la eficiencia proporcionadas tanto por los contratos-mejoras marginales de eficiencia y de calidad.

Las nuevas fórmulas de gestión (entes de derecho público, consorcios y fundaciones públicas) aspiran a cambios más profundos, liberando de los controles administrativos y presupuestarios, con marcos de regulación y gestión más flexibles y específicas.

Podemos hablar de cuatro fuentes:

1) Estudio de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que se basa en la comparación de indicadores de recursos y actividad. No es concluyente que a menor dotación de recursos, tengamos una menor eficiencia o calidad.

2) Informe del Tribunal de Cuentas, sobre las fundaciones (1999-2001), que pone de manifiesto deficiencias sobre aspectos de publicidad, concurrencia, objetividad y transparencia, así como la falta de uniformidad de criterios.

3) Estudios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el que aparece el Hospital Costa del Sol con mayor nivel de eficiencia en relación con otros 16 hospitales comarcales públicos en Andalucía.

4) Consultora Iasist, organizadora de los premios Top. Las nuevas fórmulas de gestión, tanto directa e indirecta, aparecen con frecuencia entre las más eficientes.

Considerando que las nuevas fórmulas de gestión directa han supuesto una mejora de la eficiencia, sin modificar los niveles de equidad, el problema es el mantenimiento de estos niveles de eficiencia, ya que estas experiencias han

ido perdiendo niveles de autonomía ante la presión ejercida por cada comunidad autónoma (condiciones laborales por ejemplo en el SAS, con respecto al Hospital Costa del Sol).

¿Cuáles son las razones? Estas iniciativas no ha ido acompañadas de un nuevo marco de regulación, financiación y control (sistemas de información orientados a resultados, financiación parcialmente prospectiva, separación efectiva de financiador-comprador y proveedor, etc.).

Además, la separación legal y formal entre financiador y proveedor es muy limitada, dado que se comparte el mismo propietario: los responsables políticos. Al final no existe transferencia de riesgo, ya que el poder político actúa de garante de estos centros sanitarios asumiendo déficits. Todo se delega excepto la responsabilidad.

La situación de las fórmulas de gestión indirecta es diferente. En Estados Unidos se pone de manifiesto que las tasas de mortalidad son peores en los hospitales con ánimo de lucro que en los no lucrativos.

En nuestro país no existen estudios determinantes que evalúen la eficiencia de los hospitales en función de que la propiedad sea pública o privada; tampoco hay estudios que encuentren diferencias significativas a favor de los centros privados.

Las innovaciones más importantes son los modelos PFI, el modelo Alcira y las entidades de base asociativa.

En nuestro país no existen pruebas suficientes sobre el mayor nivel de eficiencia de las nuevas fórmulas de gestión directa. Además del debate que ha surgido con la paralización de la privatización de varios hospitales en la Comunidad de Madrid.

En el Reino Unido, el modelo PFI está generando algunas polémicas: desplazamiento de la deuda desde el Gobierno central a NHS, dificultad de una estrategia de planificación a nivel nacional, mayor coste por la financiación, no traslado del riesgo efectivo al sector privado, traslado de deudas, problemas de descapitalización y riesgo de obsolescencia en tecnología.

Existe otro riesgo: la posibilidad de que el concesionario adquiriera monopolio, lo que anularía parte de los incentivos del modelo.

Acudimos a un estudio realizado sobre los indicadores del 2001 por tres grandes proveedores de atención primaria en Cataluña.

3.9. Conclusiones

La creación de grandes burocracias sometidas al derecho público ha sido la respuesta histórica como modelo organizativo a las necesidades de transacciones sanitarias.

Este modelo se está manteniendo, a través de las transferencias sanitarias, las ofertas públicas de empleo, la consolidación del estatuto marco y el marco estatutario laboral.

Los retos se plantearán en el ámbito de las relaciones laborales, los modelos retributivos, la coordinación entre los niveles asistenciales, los modelos de financiación de los centros, el grado de libertad de elección de usuarios y la descentralización intraorganizativa, como las unidades clínicas.

La transformación de los servicios de salud de organismos autónomos a un ente de derecho público.

La puesta en marcha de políticas laborales y retributivas armonizadas entre los distintos servicios de salud limitará el crecimiento de reivindicaciones y la generación de falta de profesionales.

La transformación de los centros con personalidad jurídica propia es más frecuente para la apertura de los nuevos centros.

No existen estudios suficientes que clarifiquen qué modelos son más eficientes, por lo que se hace necesario favorecer los que permitan comparar los resultados de las nuevas fórmulas de gestión directa frente a las fórmulas burocráticas de gestión pública.

La personalización jurídica de los centros sanitarios debe ir acompañada de cambios en el marco regulatorio y en el entorno organizativo que consoliden sus ventajas y minimicen los efectos negativos en términos de equidad e igualdad al acceso.

Debe favorecerse la participación de ayuntamientos y otras organizaciones cuando aporten sinergias y ventajas competitivas.

Las fórmulas de gestión indirecta aportan, mientras sean minoritarias, cierto estímulo al sistema. El riesgo es que la intensidad de los incentivos afecte a la toma de decisiones clínicas. Debe existir un sistema de información sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud, válido para toda España, que ayude en este modelo tan descentralizado.

3.9.1. Contexto en el que se abordan los proyectos de gestión clínica

El contexto en el que se desarrollan las iniciativas de gestión clínica se define así:

1) Partimos de un SNS consolidado, con un alto nivel de calidad técnica y profesional, con algunos desajustes: listas de espera, problemas de hostelería.

Tiene consolidado el aseguramiento universal, la financiación pública, la integración de políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad junto a prestaciones médicas y farmacéuticas, la equidad en el acceso y en la distribución de los recursos y la descentralización.

2) Hay una elevada satisfacción de los usuarios con el actual sistema público: las encuestas reflejan una satisfacción global superior al 70%.

3) La sanidad es la que genera más interés de las áreas sociales, como se recoge en los barómetros sanitarios del CIS.

4) Institucionalmente es de las mejor valoradas, junto con la Corona y la Policía. Experiencia en Andalucía.

5) El 80% de los usuarios prefieren sanidad pública frente a sanidad privada.

6) Todos los sistemas sanitarios están inmersos en la crisis financiera.

Ante esta situación existe consenso en que el sector requiere ajustes, no grandes ni profundas reformas, que mejoren algunos aspectos que demandan los ciudadanos, a la vez que se racionalizan los recursos destinados a dicho sector. Recomendaciones del Informe Abril:

- Separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicio.
- Configuración de los centros sanitarios como empresas públicas acogidas al derecho privado.
- Separación de niveles de atención.
- Introducción de herramientas de gestión empresarial.

Los planes estratégicos elaborados en la década del 2000 por la mayoría de los centros establecen:

- Autonomía de los centros y proveedores sanitarios.

- Potenciación del usuario como elemento decisorio.
- Gestión clínica.
- Separación entre financiación, compra y provisión.

En los últimos años se han puesto en marcha nuevos modelos organizativos que amplían el abanico en el sistema nacional de salud. Es cierto que no existe consenso sobre cuál es el mejor modelo organizativo, y las experiencias todavía son limitadas y no definitivas.

Además, la puesta en marcha de estas innovaciones organizativas ha ido a la par de una ausencia de evaluaciones rigurosas e independientes. Esta situación se ha visto agravada por el proceso de descentralización de competencias sanitarias al no mantener un sistema de información que permita el análisis y la evaluación de estas organizaciones.

Es evidente que los polos de la discusión se centran en organizaciones burocráticas con un régimen laboral funcional y, en el otro extremo, innovar es privatizar y siempre es más eficiente y mejor.

El sistema nacional de salud (SNS) ha mantenido una estrategia de descentralización de la producción para favorecer la competencia entre los proveedores, que asumen riesgos en su gestión. Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical que caracteriza a los servicios de salud en España y se puede resumir en:

- La introducción de contratos programa y contratos de gestión, tanto en el antiguo INSALUD como en los restantes servicios de salud autonómicos, unida al desarrollo de proyectos de gestión clínica y de gestión por procesos.
- La transformación en varias CC. AA. de la forma jurídica de sus servicios de salud, la conversión en entes de derecho público, frente a la caracterización habitual y dominante en España de organismos autónomos de carácter administrativo.
- La dotación de personalidad jurídica a los hospitales y los centros sanitarios mediante distintas fórmulas, fundamentalmente entes de derecho público, fundaciones públicas y consorcios.
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados, como son la contratación con entidades de base asociativa de Cataluña, o el modelo concesional que se está llevando a cabo en varias CC. AA.

Podemos decir que la palanca del cambio es la separación de funciones entre financiador, comprador y proveedor de servicios, mediante la utilización de contratos.

4. Estructuras y función directiva

4.1. Antecedentes

Hasta los años setenta, la dirección de los hospitales recaía en médicos de elevado prestigio profesional en su ámbito y que compartían ambas tareas. Por lo tanto, se generaban situaciones no convenientes por la compatibilidad de ambas funciones y por la carencia de conocimientos elementales sobre la gestión y dirección de empresas. Además en algunos casos también había una dedicación a la medicina privada y a la docencia universitaria.

Acompañaba al director médico un titulado medio con experiencia en el día a día y que cumplía las funciones de administrador. Se completaba el equipo con una enfermera jefe, normalmente religiosa. No existía un contacto real y, por lo tanto, no existía un reglamento sobre las comisiones de dirección. Por otra parte, existía una junta facultativa compuesta por una mayoría de los médicos jefes, aunque su función de asesoramiento quedaba diluida y no eran operativas.

Esta situación no era única en nuestro país, sino que también era frecuente en otros países. Las crisis económicas han sido las verdaderas palancas de cambio que han propiciado que las autoridades sanitarias entendieran la necesidad de profesionalizar los equipos directivos de los hospitales, que disponen de abundantes recursos humanos y materiales. Para ello, se fueron configurando equipos multidisciplinarios, por lo que se abrió a otras áreas de conocimiento, como los ingenieros, economistas, etc., y apareció la figura del gerente, con una dedicación en exclusiva y total disponibilidad. Con todo ello, este grupo de personas tendrá un único cometido: dirigir una gran empresa de extraordinaria complejidad: el hospital.

Sin embargo, esto ha supuesto generar tensiones entre los gestores y su estamento asistencial, debido a la introducción de herramientas de gestión empresarial, elementos de medir y evaluar la producción asistencial, la discusión sobre las prácticas asistenciales y su evaluación económica.

En el año 1987 se promulga el Real Decreto 521 sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD. Esta normativa viene a resolver un vacío en el gobierno de los hospitales y en ella aparecen como órganos de dirección la gerencia y tres direcciones que, por primera vez, están al mismo nivel en el organigrama: la médica, la de enfermería y la de gestión y servicios generales. La normativa contempla también la obligatoriedad de la existencia de una comisión de dirección.

4.2. Órganos de dirección

4.2.1. Gerencia

1) Funciones

El Real Decreto establece como funciones del director gerente las siguientes:

- La representación del hospital y la superior autoridad y responsabilidad dentro de este.
- La ordenación de los recursos humanos, físicos y financieros del hospital, mediante la programación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento en el conjunto de sus divisiones y con respecto a los servicios que presta.
- La adopción de medidas para hacer efectiva la continuidad del funcionamiento del hospital, especialmente en los casos de crisis, emergencias, urgencias u otras circunstancias similares.
- La elaboración de informes periódicos sobre la actividad del hospital y la presentación anual de la memoria de gestión.

La Resolución de 4 de noviembre de 1992, sobre delegación de atribuciones, establece las siguientes funciones:

- La celebración de conciertos y contratos para compras de bienes y servicios, obras y trabajos específicos, así como reintegros de gastos, hasta determinada cuantía.
- Asuntos de personal, como la tramitación de comisiones de servicio; nombramientos de plantilla; declaración de situaciones administrativas, excepto el reintegro al servicio activo; reconocimiento de antigüedad; concesión de permisos y licencias de hasta tres meses de duración; expedición de diligencias de posesión, incorporación, cese y jubilaciones; selección y designación de personal temporal; incoación de expedientes disciplinarios con posibilidad de suspensión temporal de funciones y la imposición de sanciones por faltas leves; tramitación y gestión de la nómina del centro.

El Real Decreto 347/1993 de 5 de marzo (BOE de 31 de marzo) desarrolla la organización de los servicios territoriales del INSALUD y, entre otras, define la figura de gerente de atención especializada, estableciendo en la disposición transitoria primera que la figura del director gerente del hospital, a la que se aludía en el RD 521, queda asimilada a la de gerente de atención especializada. Las funciones que el nuevo real decreto le confiere, son:

- Representación del hospital y de los centros de atención especializada del área.
- Organización, dirección y control de sus servicios y actividad sanitaria.
- Cumplimiento del programa anual de objetivos y presupuestos.

2) Áreas adscritas

A la gerencia de los hospitales quedan adscritas las siguientes áreas de actividad: atención al paciente, control de gestión, informática, asesoría jurídica, admisión, documentación clínica e información, política de personal, análisis y planificación, y dependerán orgánica y funcionalmente del director gerente los directores de las direcciones médicas, de enfermería y de gestión y servicios generales.

4.2.2. Dirección Médica

1) Funciones

El Real Decreto 521/1987 recoge como funciones del director médico las siguientes:

- Dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de los servicios médicos y otros servicios sanitarios del hospital, proponiendo al director gerente, en su caso, las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichos servicios.
- Proponer, dirigir, coordinar y evaluar las actividades y calidad de la asistencia, docencia e investigación.
- Asumir las funciones que expresamente delegue en él el director gerente.
- Asumir las funciones que el reglamento encomienda al director gerente en los casos de hospitales en los que no exista el citado cargo, y sustituir al director gerente cuando no hubiera subdirector gerente.

2) Áreas adscritas

Quedan adscritos a la dirección médica del hospital los servicios y unidades con actividad clínica (acto médico).

4.2.3. Dirección de Enfermería

1) Funciones

La Dirección de Enfermería habrá de ser ocupada por una diplomada en Enfermería, ayudante técnico-sanitario, matrona, enfermero o fisioterapeuta, a quien corresponde:

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Enfermería y las actividades del personal integrado en ellos.
- Promover y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería.
- Asumir las funciones que expresamente delegue o encomiende el director gerente en relación con las actividades de enfermería en las siguientes áreas:
 - Salas de hospitalización.
 - Quirófanos.
 - Unidades especiales.
 - Consultas externas.
 - Urgencias y cualquier otra área de atención de enfermería que resulte precisa.

4.2.4. Dirección de Gestión

1) Funciones

Por último, el Real Decreto contempla la figura del director de gestión y servicios generales, que vendría a sustituir a los antiguos administradores de hospitales. Las funciones del director de gestión y servicios generales son las siguientes:

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la División de Gestión y Servicios Generales y las actividades del personal integrado en ellos.
Proporcionar al resto de las divisiones del hospital el soporte administrativo y técnico específico, así como los servicios generales necesarios para el cumplimiento de esos objetivos.
- Asumir las funciones de carácter no asistencial que expresamente delegue o encomiende el director gerente.

2) Áreas adscritas

Quedan adscritas a la División de Gestión y Servicios Generales las siguientes áreas de actividad:

- Gestión económica, presupuestaria y financiera.
- Gestión administrativa en general y de la política de personal, suministros, hostelería, orden interno y seguridad, obras y mantenimiento.

Suelen existir de cada dirección subdirección de las áreas (recursos humanos, gestión económica, área quirúrgica. etc.), incluso en algún caso como dirección de primer nivel.

4.2.5. Comisión de Dirección

1) Funciones

El Real Decreto contempla la creación de una Comisión de Dirección como órgano colegiado de dirección del hospital, presidida por el director gerente e integrada por los directores médicos, de Enfermería y de Gestión y Servicios Generales y el subdirector gerente y subdirectores de división, si los hubiera. Podrán ser llamados a informar los jefes de departamento y servicio o los máximos responsables de las unidades en su caso.

Se contemplan como funciones de la Comisión de Dirección las siguientes:

- Estudiar los objetivos sanitarios y los planes económicos del hospital, instrumentando programas de dirección por objetivos.
- Realizar el seguimiento de las actividades de los servicios y unidades del hospital.
- Estudiar las medidas pertinentes para el mejor funcionamiento de los servicios y unidades del hospital en el orden sanitario y económico, y su ordenación y coordinación interna y en relación con las necesidades del área de salud a la que esté adscrito.
- Analizar y hacer propuestas sobre el presupuesto anual del hospital y la política de personal.
- Estudiar, y en su caso impulsar, las propuestas que le eleven la Junta Técnico-Asistencial y la Comisión de Participación Hospitalaria.
- Establecer cuantas medidas sean necesarias para la humanización de la asistencia conforme a las recomendaciones emanadas de la Comisión de Bienestar Social.

El Real Decreto se refiere asimismo a órganos colegiados de asesoramiento de la dirección del hospital, que serían la Junta Técnico-Asistencial y las comisiones de Bienestar Social y Central de Garantía de Calidad, y un órgano de participación comunitaria en la planificación, control y evaluación de la gestión y calidad de la asistencia, que sería la Comisión de Participación Hospitalaria.

4.3. Órganos de asesoramiento

4.3.1. Junta Técnico-Asistencial

La Junta Técnico-Asistencial es un órgano colegiado de asesoramiento de la Comisión de Dirección del hospital en lo relativo a actividad asistencial, así como un órgano de participación de los profesionales en el mecanismo de toma de decisiones que afectan a sus actividades.

1) Funciones

Informar y asesorar a la Comisión de Dirección en todas aquellas materias que incidan directamente en las actividades asistenciales del hospital, en la información de los planes anuales de necesidades y en la elaboración y propuesta a la Comisión de Dirección de acciones y programas para mejorar la organización, el funcionamiento y la calidad del hospital en sus servicios y unidades.

2) Comisión Mixta

Por Resolución del 3 de agosto de 1996, de la entonces Directora General del INSALUD, se regula la creación, composición y funciones de la Comisión Mixta Hospitalaria.

Esta Comisión Mixta, compuesta por los facultativos de la Junta Técnico-Asistencial, incluidos el director médico (presidente) y subdirectores, se constituye como un órgano de participación y corresponsabilización de los médicos en la gestión del centro.

Las funciones asignadas son las del seguimiento de objetivos, determinación de criterios de incentivación y asignación de estos, asesoramiento a la Dirección en materia de descentralización de la gestión y capacidad de elevación de propuestas destinadas a la mejora de la coordinación, asistencia, docencia, investigación o gestión en el ámbito del hospital.

4.3.2. Comisión Central de Garantía de Calidad

Es un órgano técnico de elaboración y trabajo en las áreas de calidad asistencial y adecuación tecnológica y un órgano de asesoramiento permanente de la Dirección Médica y de la Junta Técnico-Asistencial.

Deben constituirse las siguientes comisiones clínicas, que dependerán de la Comisión Central de Garantía de Calidad:

- Infección hospitalaria.
- Profilaxis y política antibiótica.
- Historias clínicas.
- Tejidos y mortalidad.
- Farmacia y terapéutica.
- Tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos.
- Investigación, docencia y formación continuada.

4.3.3. Comisión de Participación Hospitalaria

Es un órgano colegiado de participación comunitaria en la planificación, el control y la evaluación de la asistencia que corresponde al hospital.

Tiene las siguientes funciones:

- Conocer y elaborar propuestas sobre los planes de actuación asistencial del hospital.
- Conocer y elaborar propuestas sobre los programas económicos para cada ejercicio.
- Conocer y elaborar propuestas respecto a los programas de dirección por objetivos que se derivan de los anteriores.
- Conocer la memoria anual de gestión del hospital e informar de ella.
- Recibir información y elevar propuestas sobre la política de personal, la política general de conciertos de servicios con otras entidades públicas o privadas, así como la relativa a compras y suministros.
- Proponer a los órganos de dirección del hospital la adopción de cuantas medidas considere oportunas para la adecuación de sus actividades a las necesidades del área de salud, y en general las relativas a la mejora de la calidad asistencial.

4.3.4. Comisión de Bienestar Social

Es un órgano colegiado de asesoramiento del director gerente del hospital y de la Comisión de Participación Hospitalaria.

Tiene las siguientes funciones:

- Velar por el bienestar y la atención general del paciente, propiciando una actividad positiva en todo el personal del hospital.
- Analizar la información recogida por el Servicio de Atención al Paciente.
- Analizar todos aquellos aspectos específicos que puedan mejorar la asistencia, en lo relativo a dietas alimentarias, hostelería, encuestas, visitas y en general todo aquello que contribuya a una mayor satisfacción de la estancia de los pacientes en el hospital, elevando las propuestas a la Comisión de Dirección.

4.4. Función directiva

“Gestión es aquello que los buenos hacen en una circunstancia específica. Todo lo demás es simplemente mala gestión”.

(Peter Drucker)

Las organizaciones sanitarias no constituyen una excepción en el mundo de las organizaciones, aunque operan en entornos específicos y generan servicios también específicos. No obstante, estas organizaciones son empresas, y por ello pueden gestionarse con arreglo a principios sólidos de dirección.

Pero ¿en qué consiste una buena gestión? Dado que la gestión (*management*) es una ciencia social, la respuesta puede encontrarse en la observación objetiva y analítica de los fenómenos sociales. Las responsabilidades de la gestión (y, por tanto, de los directivos) han sido esencialmente las mismas a través del tiempo.

Para conocer en qué consisten estas habilidades, debe inquirirse primero qué es aquello que los directivos hacen o deben hacer.

Una breve enumeración de estas actividades en una organización sanitaria actual típica podría ser la siguiente:

- Desarrollar presupuestos de gastos.
- Contratar a nuevo personal.

- Evaluar y premiar (o no) el desempeño de los trabajadores.
- Eliminar o minimizar conflictos con sindicatos.
- Establecer programas de turnos.
- Atender las reclamaciones y quejas derivadas de incidencias con los pacientes por los servicios prestados.
- Evaluar tecnologías.
- Mantener relaciones con la administración sanitaria.
- Mediar en conflictos entre colegas, departamentos o subordinados.
- Asignar prioridades a casos de pacientes.
- Solucionar los fallos de los proveedores.

Esta lista sería prácticamente la misma en el caso de directivos o gestores de un hospital en Alemania, de un hospital privado o de un instituto clínico de un hospital público. Aunque la relación podría extenderse mucho más, de las actividades indicadas se puede deducir que las responsabilidades esenciales de los directivos de las organizaciones sanitarias son las mismas que las de cualquier directivo de otra organización.

Estas responsabilidades pueden resumirse:

- Tomar decisiones (decisiones adecuadas).
- Resolver problemas (soluciones apropiadas).

A su vez, estas responsabilidades, se caracterizan por:

- Tener un ámbito específico (una localidad, una cultura, una unidad clínica, un sistema de salud).
- Estar dirigidas a alcanzar objetivos determinados (mayor calidad de servicios, menor coste por intervención, mayor rotación de los inventarios, etc.).
- Coordinar el uso adecuado de los recursos disponibles (por ejemplo, camas de diálisis, presupuestos financieros, dotación de médicos, recursos de enfermería).

- Desarrollarse por medio de grupos de personas (equipos de traumatología, departamento de radiología, panel de expertos, etc.).

Es importante no solo saber en qué consiste la función directiva, sino también saber cómo se ejerce esta función eficazmente. Para responder a estas preguntas hay que analizar los fenómenos y las circunstancias sociales e históricas que han promovido la creación gradual del ámbito de conocimientos de la gestión contemporánea. Esta creación es el resultado de la evolución del pensamiento y la acción gerenciales, plasmados y sistematizados en las escuelas de gestión.

4.5. El marco de la función directiva: responsabilidad, autoridad y competencia

4.5.1. Responsabilidades de la gestión

La gestión eficaz de las organizaciones no solo consiste en un ejercicio de poder y en la implantación de acciones concretas, sino que además debe estar dirigida al logro de ciertos objetivos organizativos de manera eficiente y efectiva. Es importante recalcar los dos elementos presentes en la definición de una gestión eficaz:

- La orientación hacia objetivos concretos.
- El grado en que estos objetivos se han alcanzado.

Los dos grandes indicadores del desempeño de una gestión eficaz son:

1) Eficiencia: entendida como el *uso adecuado de recursos* (personas, capital, conocimiento, maquinaria, etc.) sin despilfarros.

Ejemplos: horas-hombre por paciente operado; días-cama por tipo de paciente; rotación de inventarios de farmacia.

2) Efectividad: entendida como el *logro de los objetivos de la organización* (retornos sobre inversión, satisfacción del cliente, calidad de servicio, etc.) en la mayor medida posible.

Ejemplos: número de quejas de pacientes por mes; tasa de reducción de errores analíticos; tiempo en listas de espera.

4.5.2. Autoridad: los niveles de gestión

Un hecho incontestable de la realidad cotidiana es que las responsabilidades de la gestión varían enormemente entre sí y casi nunca son las mismas para los diferentes directivos y gestores de una organización. Para poder enfrentarse a ellas, las responsabilidades son agrupadas y asignadas a diferentes colectivos de directivos y supervisores. Con independencia del grado de complejidad de

una organización, muy diferente según se trate de un hospital general, una unidad de servicios o un ministerio de Sanidad, estos colectivos pueden ser clasificados en tres niveles de mando:

1) **Gestión directiva o ejecutiva:** responsable de definir los productos o servicios y los mercados o clientes hacia los que la organización está enfocada, así como los recursos o presupuestos asignados al efecto.

2) **Mando medio:** responsable de la adquisición de los recursos necesarios y de la planificación y facilitación de las tareas requeridas para que la organización genere los productos o servicios establecidos.

3) **Mando de línea o supervisión:** responsable de la ejecución y el control de las tareas necesarias para servir a los clientes o mercados hacia los que la organización está enfocada.

En todos los niveles de mando, la gestión se ejerce con y a través de personas y, por tanto, el manejo adecuado de estas (tanto individualmente como en grupos) es una característica común a todos ellos. En la práctica, las organizaciones reales pueden poseer numerosos estamentos de gestión (presidente del Gobierno, ministro de Sanidad, gerente de hospital, gerente de compras, supervisor de formación, jefe de servicio, jefe de turno, etc.), pero en última instancia todos estos estamentos acaban perteneciendo a un nivel y tipo determinado de gestión (ejecutivo, medio o de línea).

4.5.3. Competencias: las habilidades de gestión

La definición de las responsabilidades de la gestión es un requisito indispensable para que puedan desempeñarse correctamente y para que ese desempeño pueda ser evaluado. Tal definición se traduce en un conjunto de habilidades y competencias que los directivos y gestores necesitan para cumplir con sus responsabilidades.

En líneas generales, se puede afirmar que existen tres categorías de habilidades, todas ellas absolutamente necesarias para el ejercicio de cualquier función directiva (si bien el peso específico de cada una varía según las características del puesto directivo y de la responsabilidad asignada a él).

1) **Habilidades técnicas:** las que corresponden a las destrezas y conocimientos necesarios para realizar tareas específicas.

Ejemplos: formulación de previsiones, preparación de presupuestos, realización de análisis clínicos, fijación de inventarios de seguridad, etc.

2) Habilidades interpersonales: necesarias para vincularse y realizar trabajos con diferentes colectivos de personas, ya sea como individuos o como grupos, pertenecientes o no a la organización.

Ejemplos: contactos entre médicos y pacientes, presentación de presupuestos, impartir sesiones de entrenamiento, escuchar reclamaciones de pacientes o subordinados, participar en *task forces*, etc.

3) Habilidades conceptuales: utilizadas para prever y anticipar los futuros escenarios de actividades y operaciones, para concebir la organización como un todo orgánico y articulado, y para proyectar las consecuencias de opciones en el corto, medio y largo plazo.

Ejemplos: diagnósticos y prognosis clínicos, evaluación económica de contratos laborales, nuevas necesidades de los pacientes, regulación ético-sanitaria, etc.

El uso y la aplicación de estas habilidades varían según el nivel de gestión en el que se encuentran los directivos. Aunque en todos los niveles las habilidades interpersonales son importantes (lo que es natural, considerando el carácter social de las organizaciones), las habilidades técnicas son dominantes en el nivel de supervisión de línea, y las habilidades conceptuales son fundamentales en el nivel ejecutivo.

Dada la tendencia a la especialización de puestos y simplificación de tareas de las profesiones en el mundo actual, es importante recordar que los tres tipos de habilidades son necesarios para todos los niveles de gestión. Lo que cambia en cada uno es el relieve que adquieren los diferentes tipos de habilidades. Es difícil imaginar a un director general de un ministerio de Sanidad o de un hospital general (nivel ejecutivo) tomando decisiones sobre carteras de servicios, pacientes y presupuestos sin conocer las tecnologías y los procesos utilizados en su organización. Asimismo, es prácticamente imposible concebir que el jefe de una unidad de servicios clínicos (mando de línea) pueda decidir sobre la asignación de trabajos a sus subordinados sin prever las consecuencias de tales asignaciones sobre la organización y los pacientes.

5. Organización de los servicios sanitarios. Gestión de procesos

5.1. Servicios sanitarios

Si bien el ingreso hospitalario se define por el nivel de cuidados que precisa un paciente (un concepto de intensidad de la atención que corresponde más a enfermería que a medicina), en todos los países el médico es el motor principal del hospital, ya que determina gran parte de las acciones que se efectúan en el centro (prescripciones encaminadas al diagnóstico o al tratamiento) y es responsable de buena parte de los *inputs* (gastos) y de los *outputs* (curaciones, mejorías). La importancia histórica y legal del médico, su independencia decisoria, sus conocimientos especializados, hacen que la organización médica sea objeto de estudio especialísimo dentro de la estructura hospitalaria.

Pero el papel del médico no solo ha cambiado por las complejidades tecnológicas, las tendencias al trabajo en equipo o la proliferación de especialidades y subespecialidades médicas, sino que también el impacto de las necesidades de contención del gasto sanitario y la emergencia de nuevas profesiones, con un grado moderado o elevado de independencia, limita una parcela de su poder, antes intocable. Las nuevas figuras directivas (particularmente, el gerente) o la independencia en el organigrama de la Dirección de Enfermería, los métodos de medida de la eficacia y el énfasis en la eficiencia son cortapisas a unas formas de trabajo que no tenían más limitaciones externas que la ética. Pero quizá el cambio más importante sea el hecho de que una mayoría de los médicos trabajan exclusiva o predominantemente como asalariados. Esto permite a sus empleadores (dentro de ciertos límites) introducir en las relaciones con el estamento médico, cuando no en el contrato, ciertas especificaciones, limitaciones o reglamentos, antes mínimos o inexistentes, que afectan a la actividad profesional. La casi obligatoriedad de dispensación de ciertos medicamentos (genéricos), la responsabilización del presupuesto en el nivel de servicios de los *trusts* británicos o de ciertas unidades españolas, la obligación de rendir cuentas de la actividad a final de año en una memoria, el sometimiento a procesos de acreditación externos de varios países, las demandas por mala práctica o el énfasis de los directivos por la transparencia de la información están condicionando decisivamente la actividad médica.

A diferencia de lo que ocurre con los avances técnicos, la abundante literatura existente sobre los hospitales americanos no es más que escasamente aplicable aquí. Las funciones de la dirección médica, la relación de los médicos con el

hospital, las normativas legales e incluso la organización de los servicios son enteramente diferentes a las de los hospitales públicos españoles, si bien una parte de ellas pudiera ser aplicable a ciertos hospitales privados.

En Estados Unidos, en los hospitales privados y en muchos públicos, los equipos facultativos son mayoritariamente autónomos, se rigen por reglas propias y han conformado, hasta el presente, un tercer grupo de poder dentro del hospital (aparte del patronato y la administración hospitalaria).

La división por servicios no es obligatoria. Si la hay, el jefe del servicio puede serlo a tiempo completo o parcial, cobrar o no por ello, y sus funciones incluyen:

- Asumir la responsabilidad de la actividad del servicio.
- Supervisar a sus miembros y proponer modificaciones sobre sus privilegios.
- Supervisar el programa de formación continuada.
- Evaluar los resultados de los pacientes.

5.1.1. La estructura de los servicios médicos

La estructura del servicio médico en los hospitales españoles es jerárquica.

Agrupados por especialidades, los servicios se establecen en servicios, secciones, unidades o departamentos, según la importancia y rango de sus jefes. Estos, con una antigüedad en el sistema estadísticamente bastante superior a los niveles básicos, fueron nombrados para esas jefaturas por sus méritos profesionales o académicos en un tiempo en el que la profesión no incluía la gestión más que de manera tangencial. Excelentes profesionales en su inmensa mayoría, solo recientemente han debido afrontar tareas organizativas, de gestión de recursos, planificación y evaluaciones económicas. No todos se encuentran a gusto en ellas, ni todos participan de las metas de los gestores del centro. Y estas nuevas exigencias les han llegado casi al mismo tiempo que la integración de los especialistas de ambulatorio (ocasionalmente no sentida ni querida), la asunción de responsabilidades de área, diferentes modos de participación, nuevos papeles de la Dirección de Enfermería y nuevas figuras de gestión. Añadamos a esto algunas discontinuidades de planteamientos de gestión (jornadas de tarde, productividad, etc.) y no resultará extraño que algunos no se sientan Dirección.

Tampoco han resultado positivos nombramientos temporales de jefaturas, cuya eficacia ha sido relativa, realizados por otros organismos sanitarios.

5.1.2. Funciones del servicio médico

Clásicamente se han venido definiendo tres funciones: asistencia, docencia e investigación. Cabe añadir la función de control y mejora de la calidad y la función gestora como imperativos de los nuevos tiempos.

1) **La función asistencial** es la razón de ser de los servicios sanitarios. Comprende dos aspectos:

- **Atención “a demanda”** de enfermos que les son enviados por atención primaria, otros especialistas, urgencias del centro o a demanda particular del paciente. El objetivo es el de procurar el diagnóstico y, si procede, la pauta de tratamiento, para devolver al paciente al seguimiento de la atención primaria.
- **Atención “programada”**, en la que la nueva división territorial por áreas bajo una misma dirección especializada permite: programas de educación sanitaria, discriminación de patologías, prevención, etc. Aparte de las iniciativas de o con atención primaria, están teniendo éxito algunas que afectan a amplios segmentos de población (alergias, reumatología, diabetes, antitabaco).

Estas iniciativas de “atención especializada programada”, aún menos frecuentes de lo que debieran, son muy habituales y de mucho éxito en Estados Unidos, donde casi un 80% de los hospitales ofrece este tipo de programas, lo que permite al hospital borrar la imagen de institución exclusivamente de enfermos, con las connotaciones negativas que ello supone.

2) **La función docente** puede cubrir los siguientes aspectos:

- Docencia médica pregraduada.
- Docencia médica posgraduada (MIR).
- Docencia de enfermería y sus especialidades.
- Docencia de formación profesional.
- Formación continuada del propio personal.

Si bien el espectro completo no puede ser abordado más que en unos pocos hospitales, incluso los más pequeños debieran tener actividades organizadas para la formación continuada de su propio personal. La Comisión de Docencia y Formación Continuada es una de las que se establecen como mínimas por el RD 521/87. El razonamiento de que la formación de los MIR de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria puede hacerse tan bien (si no mejor)

en su fase hospitalaria en hospitales comarcales en vez de en los tradicionales grandes centros de referencia ha llevado la docencia MIR (con todas sus ventajas) a sitios antes olvidados.

3) La función de investigación

Al igual que la de docencia, se ha dado desde antiguo y de manera espontánea en los hospitales. La investigación básica en los laboratorios, grandes centros y hospitales universitarios, y la clínica en todos, han sido siempre complemento de la función asistencial. La investigación en el campo de la econometría de la salud es una rama relativamente reciente, pero que está generando abundantes estudios con una orientación de eficiencia que antes faltaba en los trabajos clásicos. Ciertas unidades (medicina intensiva, nefrología, laboratorios, anestesia, farmacia) están logrando excelentes trabajos de orientación económica. Los de admisión y urgencias se orientan frecuentemente a recursos y organización, traduciendo sus propios problemas. Y los de medicina preventiva, neumología y otros han encontrado un filón en la investigación epidemiológica. Los grandes hospitales cuentan con unidades de investigación (muchas veces la investigación está representada en la dirección como una subdirección específica). Gran ayuda ha supuesto el desarrollo de inversiones del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS), que hace posible la investigación de calidad incluso en hospitales de escasa infraestructura.

Deseable e incentivadora como es la función de investigación, plantea ocasionalmente problemas asistenciales (tiempo dedicado a la investigación), económicos (costes de exploraciones de control, etc.) o de conflictos de interés que conviene aclarar desde el principio.

- **Función de control de calidad.** Es la que el propio médico o servicio realiza sobre aquellos factores de la asistencia, docencia, investigación o gestión para valorar sus resultados y compararlos con un patrón definido. La adecuación y el seguimiento de protocolos, la conformidad con las orientaciones de las diferentes comisiones, el cumplimiento de las normas internas del servicio o más genéricas del hospital son elementos indispensables para saber (y medir) lo que se hace en relación con las otras funciones.
- **Función de gestión.** Es la que tiene como objetivo responsabilizarse de los medios y resultados del servicio o de la actividad personal. En los hospitales públicos está dificultada por la fuerte centralización previa y las reglamentaciones administrativas. No obstante, las políticas de descentralización deberán, en un futuro a corto plazo, producir cambios que acerquen la responsabilidad a quienes ahora tienen en sus manos buena parte de la capacidad de decisión.

5.1.3. La organización de los servicios médicos

A lo largo de su historia, la característica diferencial de los hospitales estuvo representada por el área de hospitalización de enfermos. Durante el siglo XX, y especialmente a raíz de la Segunda Guerra Mundial, la actividad quirúrgica se convirtió en el eje fundamental de muchas instituciones hospitalarias. Al mismo tiempo, la concentración de recursos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento cada vez más complejos y costosos supuso otro elemento diferencial del hospital como centro de alta tecnología sanitaria.

En los últimos años, en todos los países desarrollados se han producido dos fenómenos de cambio en la idiosincrasia del hospital. Por un lado, la necesidad económica y social de reducir las estancias hospitalarias a lo imprescindible. Para ello se requieren técnicas diagnósticas y terapéuticas más eficaces y una organización más ágil, con creación de nuevos modelos de atención (hospitalización de día y a domicilio, residencias asistidas, hospitales de enfermos crónicos, etc.) y desarrollo de las consultas externas a niveles previamente insospechados, lo cual culmina en España con el modelo integrador de la atención especializada de área. Por otro lado, la demanda creciente de atención en las urgencias hospitalarias ha rebasado todas las previsiones. La estructura hospitalaria, con su concentración de recursos, permite un diagnóstico y un tratamiento rápidos y eficaces, lo que favorece el uso excesivo de los servicios de urgencias.

El alto número de camas por habitante existente en muchos países ha motivado cierres de camas hospitalarias o de hospitales enteros. Así, se estima que sobran unas 60.000 camas en Alemania, después de la reducción ya efectuada de 50.000; otras 50.000 podrían cerrarse en Francia. Solo la provincia de Ontario, en Canadá, ha reducido 8.000 camas en un año. Se estima que sobran un tercio de las británicas e incluso más en Holanda. Italia prevé el cierre de los hospitales menores de 100 camas.

Así, los hospitales diseñados, en principio, para asistencia “programada” y en régimen de hospitalización se han visto obligados en los últimos veinte años a una reestructuración profunda que aún continúa, en relación con las diversas áreas y formas de trabajo.

A continuación se analizan las grandes áreas diferenciadas de trabajo médico en un hospital y, por ende, de las diversas especialidades y servicios. No todos los servicios tienen que atender todas las áreas descritas, pero la mayor parte realizan su trabajo en más de una de ellas. El servicio, y en especial su responsable, deben conocer las reglas del juego, los objetivos y los métodos de trabajo de cada área del hospital para poder gestionar el conjunto de los recursos.

1) Hospitalización

Es un área básica del hospital a lo largo de su historia. Su misión es mantener ingresados a los enfermos que precisan una serie de cuidados que no pueden ser prestados en otro lugar ni de otra forma. La necesidad de hospitalización se debe definir por la necesidad de cuidados integrales del enfermo y no por otras necesidades o conveniencias.

Las necesidades de hospitalización han ido variando a lo largo del tiempo. Lo que en su inicio era un hospicio, fue posteriormente un área de estudio de enfermedades complejas y más recientemente un centro de apoyo a técnicas de diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico. El aumento de costes, muy por encima de las tasas de inflación, obligó a plantear nuevamente el objetivo de hospitalización de los hospitales generales y de especialidades. Podríamos decir, por tanto, que debe estar hospitalizado el enfermo que por su situación y necesidad de control y cuidados complejos y continuos no puede ser atendido en otra parte.

Las situaciones que en la actualidad exigen hospitalización son dos:

- a) deterioro grave de la situación clínica del enfermo, que exige cuidados especiales de enfermería y atención médica frecuente, y
- b) actuaciones diagnósticas o terapéuticas agresivas que llevan al enfermo a situaciones clínicas que requieren la misma atención.

En los últimos años se está desechando progresivamente el concepto de ingreso para estudio, tan extendido en las décadas de los sesenta y setenta. En la actualidad, la mayor parte de los diagnósticos y tratamientos pueden realizarse de manera ambulatoria y solo hay que hospitalizar para la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica agresiva, por la cual el paciente puede requerir cuidados de hospitalización. En otro caso, la hospitalización se considera inadecuada. Existen diversos indicadores utilizados para la evaluación del proceso de ingreso o alta, entre los que destaca el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Su aplicación demuestra que existen cifras relativamente altas de ingresos inapropiados (41-56% en hospitales de Estados Unidos o italianos) o estancias inapropiadas (hasta 54%). En España, aplicando criterios semejantes, se han encontrado ocasionalmente estancias inapropiadas de hasta el 60% en un gran hospital madrileño.

Los **objetivos** en el área de hospitalización deben ir encaminados a una reducción máxima en el tiempo de estancia, basándose en una buena selección de ingresos, un alta precoz y una organización de asistencia que permita conseguirlo.

En un sistema integrado de atención rara vez el destino del alta será directamente el domicilio del enfermo. El alta precoz conlleva una continuación de la atención, bien en consultas externas del hospital o del ambulatorio, o bien a domicilio (hospitalización domiciliaria). La coordinación con los equipos de atención primaria (médicos y de enfermería) del área debe ser primordial.

Los tratamientos prolongados que requieren un grado de atención, unas técnicas y unos cuidados que no se pueden ofrecer a domicilio pueden utilizar la hospitalización de día. Se trata de un área hospitalaria con posibilidad de un ingreso abierto durante unas horas al día, donde el enfermo recibe su asistencia especializada para luego regresar a su domicilio. Las unidades de diálisis de pacientes crónicos y las de tratamientos oncológicos son ejemplos señeros de este tipo de hospitalización, de posibilidades insospechadas en múltiples situaciones.

Los **indicadores** fundamentales de resultados y rendimientos de las áreas de hospitalización son:

- Número de camas.
- Número de ingresos.
- Número de estancias.
- Índice de ocupación.
- Estancia media.
- Rotación enfermo/cama.

El **número de camas** de hospitalización de una unidad lo define la dirección del hospital y es controlado a diario por el servicio de admisión.

Se considera ingreso a la entrada de un enfermo en un área de hospitalización definida como tal. Todo ingreso (programado o urgente) debe ser realizado por el servicio de admisión a solicitud del médico correspondiente. El número de ingresos en un periodo de tiempo (día, mes, año, etc.) es facilitado por el servicio de admisión y es un dato concreto.

La definición de estancia es arbitraria y producto de un consenso. Ello se debe a que, obviamente, las horas en las que se producen los ingresos y las altas son variables. Desde el punto de vista práctico, existe una estancia cuando un enfermo ingresado pernocta y realiza (u ocupa el tiempo de) una comida principal. Así pues, en una cama solo se puede producir una estancia al día,

aunque supuestamente haya podido ser ocupada por más de una persona a lo largo de 24 horas. Las estancias, como los ingresos y las camas, se cuentan y no se calculan (son datos concretos).

El resto de los datos son **índices** calculados. La estancia media (estancias/ingresos) refleja el número medio de estancias por enfermo, por servicios, plantas o conjunto de hospital y por un tiempo dado. El índice de ocupación (estancia/camas por periodo de tiempo en días) expresa el porcentaje medio de camas ocupadas. El índice de rotación enfermo/cama (ingresos/camas) es un índice teórico que trata de expresar el número de enfermos que han ingresado por cama útil en un periodo de tiempo, en el caso de que todos los enfermos hubieran consumido estancias idénticas.

En los servicios quirúrgicos es fundamental conocer y controlar la estancia media preoperatoria, es decir, el tiempo medio de ingreso previo a la intervención quirúrgica.

En el cuadro de mandos del jefe de servicio y de la dirección médica deben analizarse estos datos con periodicidad mensual, comparándolos con los del año anterior y con los objetivos previstos y pactados. En circunstancias de especial presión asistencial, la valoración diaria de ingresos y altas se convierte en una prioridad.

Los índices de rendimientos, como la ocupación, la estancia media y la rotación, son variables, dependiendo de la especialidad y de la patología que llegue al servicio u hospital. Así pues, no es conveniente fijar objetivos genéricos que pueden quedar pulverizados en pocos años. Baste decir que en 1980 la estancia media era de 15 a 18 días en los hospitales españoles (aunque no existen datos fidedignos), mientras que en 1994 era de 9,1 días.

La comparación de unos servicios y hospitales con otros debe considerarse solo como aproximada, sin negar su gran valor. Más importante es la comparación con uno mismo a lo largo del tiempo y con objetivos progresivos dependiendo de los recursos, la organización y la cultura. En líneas generales, puede y debe afirmarse que hoy por hoy aún se puede reducir la estancia media y aumentar así el número de ingresos o, en el supuesto de que este sea equilibrado a la demanda, reconvertir camas excedentes, que dado su elevado coste permitirán desarrollar otras áreas del mismo servicio u hospital.

Como ejemplo, podemos citar que la estancia media en los hospitales norteamericanos al final del decenio es inferior a siete días, y las previsiones para los próximos años son de cinco días (estudio Delphi American Association of Hospital Management). Además, los programas de alta precoz en el día de la intervención o al día siguiente son un hecho ya habitual en Estados Unidos, y

se están desarrollando progresivamente en todo el mundo. ¿Quién iba a pensar hace solo unos años que un enfermo intervenido de cataratas sería dado de alta el mismo día de la intervención?

2) Las consultas externas

La consulta externa hospitalaria está sufriendo una profunda revisión en los últimos años. Hace un decenio su objetivo preferente en los grandes hospitales españoles era la revisión de pacientes que en gran parte habían ingresado previamente en algún momento. Estratégicamente, su importancia relativa, reflejada en el porcentaje de superficie del hospital, era pequeña.

La consulta externa es, o debe ser, el pivote alrededor del cual gira la actividad de una especialidad; el lugar idóneo donde diagnosticar, orientar y establecer la estrategia terapéutica de un enfermo enviado por atención primaria. La hospitalización y los quirófanos son instrumentos de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista y un enfermo, utilizables cuando sean precisos y durante el menor tiempo necesario. El trabajo fundamental en gran número de especialidades, sobre todo en las médicas, se desarrolla en la consulta externa.

La aparición de recursos diagnósticos incruentos (TAC, endoscopias, ecografías, etc.) o poco agresivos (angiografía digital, biopsias por punción) permite el diagnóstico ambulatorio de la mayor parte de los procesos. Las nuevas modalidades de hospitalización de día permiten, asimismo, realizar terapéuticas hasta hace poco subsidiarias de hospitalización.

La consulta aporta diversas ventajas: para el paciente, comodidad y mantenimiento de su actividad sociofamiliar, y para el sistema sanitario, bajos costes de instalación y mantenimiento y gran rendimiento del trabajo del especialista.

Hasta hace pocos años, en el sistema sanitario público español la gran mayoría de las consultas ambulatorias especializadas se realizaban independientemente de los servicios hospitalarios, y existía una profunda separación entre el hospital y el ambulatorio. La reorganización de la atención especializada planteada por la Ley General de Sanidad agrupa a todos los efectivos de la especialidad, de modo que al hablar de consultas externas o ambulatorias de una especialidad en una área de salud nos referimos a una serie de locales que pueden estar diferenciados unos de otros, pero que tienen enfoques, protocolos, recursos humanos y dirección coordinados y unificados. Esto permite realmente que el servicio de especialidad sea el responsable de su población de referencia (enferma o sana) en lo que atañe al área de conocimientos de su especialidad.

Las consultas de especialidad están ubicadas en el propio recinto hospitalario o en los ambulatorios existentes en el área de salud.

Los **indicadores** fundamentales de resultados y rendimientos en el área de trabajo de consultas son:

- Horas de disposición de locales.
- Número de enfermos nuevos o primeras consultas.
- Número de revisiones de enfermos o consultas sucesivas.
- Porcentaje de utilización de locales.
- Demora en la lista de espera.

La disponibilidad de locales debe estar fijada de acuerdo con las necesidades y con el número de locales a disposición y el total de horas disponibles en un periodo de tiempo (día, semana, año).

Los resultados cuantitativos vienen reflejados por el número de consultas realizadas. Desde el punto de vista de la eficacia del sistema sanitario, el número de enfermos nuevos, al expresar el total de nuevos procesos atendidos, refleja mejor que ningún otro dato el impacto de esa especialidad en su ámbito de población. La conjunción de enfermos atendidos (o nuevos) con las listas de espera o el tiempo de demora aporta la mejor visión de conjunto de la dimensión de los recursos, tanto humanos como materiales, y al mismo tiempo ofrece los datos estratégicos fundamentales para la corrección de los objetivos previstos.

Se considera primera consulta la que se genera por un proceso nuevo, aunque puede tratarse de un enfermo atendido previamente, cuyo proceso quedó cerrado, pero que requiere nuevamente visita a petición de su médico de cabecera ante una nueva situación. Se consideran consultas sucesivas todas las generadas por el mismo proceso ya citado, con independencia del número de estas y del tiempo que transcurra entre unas y otras.

La relación consultas sucesivas/primeras es un índice importante que refleja la eficacia. Una relación relativamente pequeña significa que con pocas consultas se ha resuelto el problema. Refleja asimismo la buena coordinación con atención primaria, a donde el enfermo es “devuelto” una vez que ha actuado el especialista.

El rendimiento de locales se calcula a partir de las horas utilizadas realmente y el porcentaje que ello supone del total de las horas de disponibilidad.

Cuando hablamos de lista de espera nos referimos a enfermos nuevos que han solicitado ser atendidos y no pueden ser citados de inmediato. Nunca deben incluirse en la lista de espera las consultas sucesivas, pues estas siempre se demoran al ser citadas en la consulta previa para una fecha posterior. En listas

de espera lo importante es el tiempo de demora en la atención a partir del momento de solicitud de citación. El tiempo máximo de demora debe quedar fijado taxativamente por el servicio como uno de los objetivos primordiales en el área de trabajo de consultas, más importante aún que el número de enfermos atendidos, ya que al trabajar la atención especializada a demanda de la atención primaria, las variaciones en la demanda influyen en los resultados.

La demora en la atención especializada o en la realización de una prueba diagnóstica parece tener menor impacto social, gestor y profesional que la demora quirúrgica. Sin embargo, la cirugía demorada cuenta con un diagnóstico preciso y una pauta establecida de tratamiento, mientras que el paciente que no ha pasado por la consulta del especialista u obtenido el resultado de su prueba carece, a veces, de diagnóstico, con la trascendencia para el tratamiento y pronóstico que ello pudiera tener.

Otros datos que se deben valorar son el número de consultas y el número de enfermos nuevos por especialista, así como el tiempo medio utilizado por primera consulta y consultas sucesivas. El conocimiento de estos tiempos permite una citación previa más ajustada, prefijando la hora en que va a ser atendido el enfermo.

Cada servicio ha de planificar lo que debe atender, tanto en los ambulatorios como en la consulta hospitalaria, siendo válido cualquier planteamiento, siempre que esté estudiado y se ajuste a las condiciones concretas.

3) Quirófanos

Todo cirujano responsable de un servicio de especialidad quirúrgica y cualquier director de hospital conocen la vital importancia estratégica del área de quirófanos.

En los últimos cuarenta años la actividad quirúrgica ha representado tal vez el aspecto más importante del conjunto de la actividad de un hospital general.

Su **misión** es obvia: realizar intervenciones quirúrgicas.

Los **indicadores** de resultados y rendimientos más importantes son:

- Número de quirófanos instalados.
- Número de sesiones quirúrgicas disponibles.
- Número de intervenciones quirúrgicas desglosadas.
- Tiempo de utilización del quirófano.

- Porcentaje de utilización.
- Mortalidad operatoria y perioperatoria.

Los datos de disponibilidad de instalación con los que cuenta el servicio pueden expresarse en número de sesiones quirúrgicas por día o semana, o mejor, en horas totales de disponibilidad en un periodo de tiempo.

Es preciso distinguir entre quirófanos instalados y en funcionamiento, y quirófanos disponibles, dependiendo estos últimos de la dotación de personal preciso u otras contingencias.

Los **resultados** se miden básicamente por el número de intervenciones realizadas, y es importante desglosarlas, bien por el tipo de anestesia (general, local, regional, epidural) o bien por la dificultad o duración de las intervenciones (menos de una hora, hasta tres horas, más de tres horas, etc.).

El **rendimiento** de la instalación se expresa en tiempo de utilización y el porcentaje sobre horas de funcionamiento que esto representa. La medida del tiempo de utilización que aconsejamos es la suma de los tiempos con el enfermo dentro del quirófano, sin contabilizar los tiempos muertos de limpieza, etc. En la actualidad, los rendimientos medios o a partir del 70-75% (cinco o más horas sobre siete disponibles) son considerados correctos en nuestro país, pudiendo acercarse al 80-85% (entre cinco horas y media y seis horas) según el tipo de cirugía y si el funcionamiento es ágil.

El número de intervenciones por cirujano es un dato excelente de la actividad de los especialistas. Todos los datos deben extraerse de un registro matriz, como el libro de quirófano u hoja de circulante. Esta es una documentación básica y única donde el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería rellenan todos los datos precisos en el mismo escenario de la intervención y a tiempo real, firmando a continuación. Un registro mínimo debe reunir: datos de filiación del paciente, diagnóstico preoperatorio, fecha de ingreso en el hospital, hora de comienzo y final, tipo de anestesia, procedimiento quirúrgico realizado, diagnóstico quirúrgico, nombres del anestesista, cirujanos y enfermeras, así como otros datos que la Comisión de Quirófanos o la de Historias Clínicas consideren oportunos.

El papel de la Comisión de Quirófanos es importantísimo, a pesar de no estar considerada como una de las comisiones mínimas en el RD 521/87. Debe emitir las normas de funcionamiento y circulación, con especial atención a la prevención de infecciones, analizar su cumplimiento y participar en las decisiones de equipamiento, adquisición y utilización del material fungible.

La confección del parte quirúrgico es responsabilidad del jefe del servicio o unidad. La programación debe realizarse con la suficiente antelación para poder efectuar la distribución de quirófanos, anestesistas, horario, disponibilidad

de sangre, etc. Es razonable un parte quirúrgico confeccionado con 72 horas de antelación por el servicio quirúrgico, de modo que el parte definitivo del bloque quirúrgico pueda estar confeccionado con más de 48 horas de antelación. Las suspensiones de intervenciones (con los motivos correspondientes) deben figurar en los datos estadísticos periódicos, marcándose, como en el resto, un objetivo que viene expresado en porcentaje del total de intervenciones.

Las intervenciones quirúrgicas urgentes de enfermos que no proceden de un estudio previo en consultas externas representan en nuestro país entre el 30 y el 50% del total de las intervenciones. Esta cifra tan elevada indica la necesidad de una organización exquisita, de modo que no se vea perjudicada la cirugía programada.

Los sistemas que consisten en fijar un cierto número de quirófanos de urgencias que funcionen 24 horas, o incluso alguno supletorio de 7 o 14 horas, son los más idóneos para evitar este problema, siempre que exista suficiente número de camas. La situación se debe a la utilización desigual de los quirófanos de urgencia, con un rendimiento menor que los programados, por lo que su número debe aquilatarse teniendo en cuenta los diferentes aspectos de la cuestión. En cualquier caso, se deben aprovechar al máximo los recursos, de modo que ni las intervenciones no previstas se demoren, ni las programadas se suspendan, obteniéndose un rendimiento óptimo de la instalación.

Los indicadores de calidad más utilizados son: concordancia clínico-patológica, mortalidad perioperatoria, tasa de infecciones de herida quirúrgica e índice de reintervención. Las comisiones clínicas ad hoc analizan estos aspectos a partir de la historia clínica.

4) Los servicios centrales

Un área de trabajo del hospital donde se concentra gran cantidad de recursos tecnológicos es la que representa el apoyo al diagnóstico y, cada vez con más frecuencia, al tratamiento médico. Su paradigma son los diversos laboratorios y unidades de diagnóstico por imagen.

Los servicios centrales se caracterizan por estar relativamente alejados de la relación principal médico-enfermo, actuando como servicios subsidiarios y a demanda de especialistas o generalistas que atienden al enfermo.

Su **misión** es realizar los estudios que se precisen para llegar al diagnóstico y tratamiento, o establecer la situación clínica. Cada vez más, algunos de estos estudios resultan definitivos, en cuanto que permiten llegar automáticamente al diagnóstico de una enfermedad.

Su papel se ha desarrollado considerablemente en los últimos decenios de modo parejo al desarrollo de máquinas, cuyos reciclajes tecnológicos son cada vez más cortos en la búsqueda de precisión y celeridad.

Puede decirse que el avance de las ciencias médicas ha ido de la mano del avance de las técnicas de laboratorio e imagen en sus diversas facetas, y estas, a su vez, del desarrollo de la ingeniería industrial y, en los últimos tiempos, de la ingeniería genética.

Un aspecto importante en la gestión hospitalaria es la adecuada valoración y selección de la disponibilidad del hospital en este apartado. La política que se debe seguir en cuanto a nuevas dotaciones debe estar guiada por el pragmatismo y la flexibilidad en un medio tan vertiginosamente cambiante. Además, tras el capítulo de costes del personal se encuentra el referente a aparatos médicos, mantenimiento y consumo de material fungible en laboratorios y servicios de diagnóstico por imagen, costes que, adecuadamente utilizados, aceleran el correcto diagnóstico y tratamiento con una rentabilidad elevada, pero que sin objetivos claros pueden aumentar el presupuesto sin aportar beneficios adicionales.

Los **objetivos** de los servicios centrales giran alrededor de tres aspectos: calidad, celeridad y rentabilidad.

La calidad se refiere a la exactitud máxima en los resultados ofrecidos al médico clínico. Con la celeridad se intenta que el responsable del paciente disponga cuanto antes del resultado de la exploración solicitada. La rentabilidad se basa en elegir la técnica más eficiente, evitando duplicaciones molestas y costosas, y utilizando los aparatos y organizando a las personas de la manera más eficaz.

El objetivo de **seguridad** es un objetivo interno y externo, propio del tipo de reactivos y aparataje que se utiliza.

Un aspecto importante que ha surgido en los últimos años es el papel activo de los especialistas de apoyo (radiólogo, analista, patólogo, farmacólogo, etc.) en la estrategia diagnóstica y terapéutica. De realizar un trabajo puramente a demanda, su intervención en las decisiones, tanto de los protocolos de hospital o servicio como de la prueba o pruebas que se deben realizar en un caso clínico concreto, ha pasado a ser cada vez más decisiva. Los radiólogos y los endoscopistas han convencido al clínico de la preferencia de la gastroscopia sobre la radiología con contraste, del beneficio y rentabilidad de la ecografía sobre la colecistografía, de la poca utilidad de la radiografía simple de cráneo y abdomen; los hematólogos de los bancos de sangre han ayudado de manera decisiva a la utilización de componentes en lugar de sangre completa. Y así encontramos innumerables ejemplos (biopsias por punción, productos farmacéuticos, angiografía digital, etc.).

La selección correcta de pacientes y pruebas de costes elevados y no exentos de riesgos es algo que ya no puede decidir solamente el clínico, sino que precisa del concurso y la orientación de los especialistas responsables de esa técnica. Los protocolos sobre utilización pudieran ayudar en las decisiones sin la presencia directa de los técnicos.

La importancia de la informática se pone de manifiesto en estos servicios. El circuito de registro, la obtención de muestras, los análisis (en gran parte realizados en aparatos automáticos) y la comunicación de resultados son hoy prácticamente imposibles de realizar en un gran hospital con más de 300 muestras diarias sin el concurso de un programa informático integrado. Igual ocurre con la gestión de almacén y la dispensación de farmacia, preferentemente en forma de unidosis. Los beneficios de la tecnología de lectura de disco por láser van a revolucionar en corto plazo el almacenamiento del archivo de imágenes de cualquier origen (radiología, gammagrafía, resonancia magnética, ecografía) y el acceso a estas en pocos segundos. El jefe de un servicio central debe estar al tanto de las posibilidades informáticas y proponer a la dirección los sistemas más idóneos.

Cada servicio debe estar dotado de un protocolo de control de calidad a fin de seguirlo fielmente, evaluarlo y mejorarlo periódicamente. En los laboratorios es habitual someterse además a un sistema de control externo y participar en los sistemas de garantía de calidad del hospital.

El **cuadro de mandos** de un servicio central debe ser específico de este y deben considerarse los resultados de su actividad, como el tiempo medio de la recepción de solicitud de prueba a la disponibilidad del visitante, la lista de espera, el consumo de material fungible y el rendimiento en horas de utilización de los equipos más costosos.

No solo los servicios centrales utilizan técnicas de apoyo. Los servicios clínicos se convierten en “centrales” en técnicas concretas (ecocardiografía, endoscopia digestiva o bronquial, etc.). Lo expuesto hasta ahora sirve igualmente para estas áreas o puestos de trabajo.

5) Servicios especiales

Hay una serie de unidades clínicas que se apartan de lo descrito hasta ahora por sus peculiaridades, como ocurre con las de enfermos críticos y hemodiálisis o farmacia. Se trata de unidades fuertemente integradas en las que el trabajo facultativo y de enfermería está muy relacionado y donde se aplican unas técnicas de enfermería muy desarrolladas. Analizar las características de cada una de ellas supera el enfoque de este texto.

6) El área de urgencias

En la actualidad, la **presión de urgencias** (porcentaje de ingresos urgentes en el área de hospitalización) es superior al 60% en la red sanitaria pública y llega al 90% para enfermos no quirúrgicos. Otros países de nuestras características (Francia) tienen una tasa similar. En Estados Unidos, siendo más baja la presión, han pasado en los últimos quince años de un 15 a más de un 30%.

El crecimiento del número de personas (un 8% de incremento anual en el último decenio) que acuden a la urgencia hospitalaria se explica por diversas causas:

La **misión** del área de urgencias es la atención rápida y eficaz de todo ciudadano que allí acuda solicitándola. Si le corresponde o precisa esa asistencia sanitaria, será siempre una evaluación que se debe hacer después de haber atendido al enfermo.

Los **objetivos** son eficacia y celeridad, evitando suplir otras prestaciones sanitarias (atención primaria, consultas ambulatorias, realización de ingreso preferente, etc.). Es, más que otras, un área fundamentalmente asistencial. Además de la asistencia, cobran aquí mayor importancia los procesos de gestión (control de gastos, exploraciones, demandas) y calidad (concordancia de diagnósticos, protocolos). Si bien existen excelentes oportunidades docentes en la atención urgente, la docencia debe supeditarse a la asistencia, sin demorar esta por causa de aquella. Y la investigación tiene poco papel en la urgencia, a pesar de que es considerada por algunos residentes como un terreno de captación de casos para publicación o tesis doctoral.

Los **indicadores** son el número de enfermos atendidos, la tasa de ingresos en hospitalización, el tiempo medio de atención total y parcial (demora en la recepción y destino, en primera visita médica, en primera información a los familiares, en recepción de pruebas complementarias solicitadas, etc.). El registro de pacientes y el informe de alta, como en cualquier área del sistema sanitario, son obligatorios.

La **organización** de un área de urgencias es compleja. Los servicios de admisión, información y archivos, los médicos, las enfermeras y el personal sanitario deben mantener una coordinación extrema dadas las cargas de trabajo y la necesidad de acortar al máximo los tiempos de estancia. El mayor problema es la organización de la cobertura médica.

Al principio, a mediados de los años sesenta y principios de los setenta, la propia plantilla de los servicios médicos del hospital, apoyada en los residentes en los grandes hospitales, cubría la primera atención en urgencias. El aumento de la edad media de las plantillas, la disminución del número de residentes durante los primeros años ochenta y el aumento de demanda en urgencias plantearon en muchos hospitales la necesidad o conveniencia de variar el modelo.

Los GDR y la contabilidad analítica han ayudado a mejorar la gestión y eficiencia de los servicios. Con independencia del sistema empleado, es importante que los hospitales adquieran un sistema de gestión que relacione costes con resultados y que esté a disposición del jefe de servicio. Como un primer paso de la descentralización, es preciso conocer la realidad y aprender a realizar las correcciones y los ajustes necesarios. Una vez incorporada la técnica a la gestión cotidiana, se podrá avanzar en el camino de la descentralización del presupuesto, la gestión y las responsabilidades. Como es obvio, en un sistema con un margen de descentralización en las decisiones, si se consiguen mejoras de rendimiento y eficiencia, las “ganancias” o “beneficios” sobre presupuestos deben revertir en parte a los que han logrado estos resultados, bien como complemento de productividad variable, o bien como mejora en el material inventariable, en facilidades para la investigación, etc.

5.2. Servicios sanitarios del futuro

Las predicciones sobre el futuro tienen, inevitablemente, un alto grado de incertidumbre. Pero la evidencia evolutiva y de otros países, las opiniones de los expertos y la evaluación de experiencias nos permiten formular unas hipótesis sobre el probable porvenir:

- Los avances técnicos modificarán ciertas especialidades o ámbitos de atención. Es posible que el abaratamiento y miniaturización de ciertos aparatos consigan su ubicación fuera del hospital o, incluso, de la práctica de atención especializada (ecógrafos, química seca para pruebas de laboratorio). La información será más accesible y completa, con gran desarrollo de la informática médica (diagnóstico por ordenador, telemedicina).
- El énfasis de la atención irá hacia los conceptos de calidad y satisfacción del paciente, que cada vez tendrá mayor capacidad de decisión en cuanto a planificación o métodos y lugares de tratamiento. Se crearán estructuras de marketing hospitalario, pero la función de calidad (y, posiblemente, la de marketing) afectará a todos los trabajadores.
- Habrá otros servicios, con mayor apertura al área de salud. El envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas, las necesidades de promoción de la salud y las técnicas extramuros del hospital experimentarán un crecimiento inevitable. Habrá más atención fuera del centro. Y disminuirán áreas como pediatría, toxicología, etc.
- Disminuirá el hospital-centrismo, modificando las relaciones con atención primaria. Si bien es posible que no se llegue a la compra de servicios como en el Reino Unido y los países escandinavos, habrá que modificar conceptos como médico responsable, derechos de visita y opinión de los generalistas a pacientes hospitalizados, protocolos comunes, límites de la hospitalización a domicilio, etc.

- Se dará una gestión de los servicios compartida con los sanitarios. Es el *managed care* de los americanos y muchos países europeos, que consiste en la asunción de algunos riesgos con la esperanza de beneficios adicionales. El proceso de descentralización llevará al aumento de medidas de eficacia y eficiencia, presupuestos cerrados o por procesos.
- Se dará competencia entre hospitales y servicios, llegando al cierre de las estructuras ineficientes (más difícil en España que en otros países europeos, pero posible también aquí en centros concretos). El desarrollo de la competencia puede llevar a la especialización en determinadas patologías o a procesos de fusión, como ya está ocurriendo.
- Los médicos hospitalarios podrán ver modificada su situación contractual futura: más desempleo (todos los países cuentan con más médicos de los que pueden emplear), posibilidad de trabajos a tiempo parcial, tiempo sabático. Por otro lado, existirán servicios organizados como fundaciones o áreas de gestión diferentes de la filosofía pública o privada actual, así como posibilidades de contratos específicos para guardias, etc. Existirán limitaciones a la libertad de la actividad médica, bien debido a presupuestos, bien a normativas, bien a resultados. Se establecerá, posiblemente, una carrera profesional basada en la asistencia-docencia-investigación y otra gestora.
- Los servicios se configurarán como unidades de producción, con integración de sus miembros en una sola estructura.

5.3. Cuadros de mando de un servicio

El cuadro de mando como instrumento de control de gestión ha estado presente en muchas organizaciones desde hace varias décadas. El concepto de cuadro de mando deriva del término francés *tableau de bord*, que traducido literalmente significa 'tablero de mandos' o cuadro de instrumentos. Su aplicación al mundo empresarial comienza a mediados del siglo XX. Inicialmente consistía en establecer una serie de objetivos que alcanzar y en desarrollar un sistema de medida basado en indicadores para monitorizar los resultados. La limitación era la falta de coherencia entre los distintos indicadores y que la medida de los resultados era fundamentalmente en términos financieros.

El proceso de modernización de la gestión de los centros sanitarios públicos basado en la implicación de los profesionales asistenciales en la gestión de los recursos, la calidad y el papel de los usuarios ha situado a responsables del servicio/unidades clínicas en la cadena de mando de control de gestión de los hospitales. Para llevar a cabo este papel, precisan indicadores de actividad,

calidad y económicos facilitados periódicamente y de forma sencilla que los ayuden a tomar decisiones coste-efectivas en sus unidades. Este conjunto de indicadores conforman los cuadros de mando.

El cuadro de mando, tal como hoy lo conocemos, se origina en la década de 1990, a partir de los trabajos que sobre la evaluación del desempeño empresarial llevaron a cabo Norton y Kaplan en tres estudios consecutivos:

1) El primero partía de la premisa de que la evaluación del desempeño a través de la contabilidad financiera tradicional dificultaba la capacidad de las organizaciones para crear valor en el futuro. Se optó como modelo base por un cuadro de mando corporativo que, además de los indicadores financieros tradicionales, contenía otros relacionados con el tiempo de respuesta, con la calidad de los procesos y con la eficacia obtenida en el desarrollo de nuevos productos. Este evolucionó hasta llegar a un cuadro de mando integral (*balanced scorecard*). La mejora más significativa que presentaba el cuadro es que estaba estructurado en torno a cuatro puntos de vista (financiación, cliente, proceso interno y factor humano) y que obligaba a considerar y a equilibrar los objetivos a corto con los de largo plazo, los indicadores financieros con los no financieros, los indicadores de previsión con los históricos, etc.

2) En principio, el objetivo era mejorar la eficiencia de los procesos existentes (costes, calidad y tiempo de respuesta) pero no se identificaban los procesos realmente estratégicos, es decir, aquellos que deben realizarse excepcionalmente bien para que la empresa tenga éxito. En un segundo artículo, Norton y Kaplan destacan la importancia de elegir para la construcción del cuadro de mando integral indicadores ligados a los factores clave.

3) A mediados de 1993, la experiencia de su implementación demostró que con solo un conjunto de 20 a 25 indicadores que cubrían las cuatro perspectivas se podían comunicar y poner en práctica la mayoría de las estrategias. Así, el cuadro de mando ha evolucionado de ser un sistema de control de gestión hasta convertirse en un sistema de gestión.

5.3.1. Datos e indicadores del cuadro de mando

En 1978 el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció 71 indicadores del funcionamiento hospitalario, posteriormente aumentó el número pero no ha llegado a generalizarse en el ámbito estatal.

También las CC. AA. han elaborado su batería de indicadores. Esta dispersión de iniciativas hace que no se disponga de un nivel de información estatal, lo que impide en muchos casos la posibilidad de comparación.

Indicadores de estructura

1) **Camas instaladas:** Número de camas hospitalarias que constituyen la dotación fija del centro/servicio, aunque no estén disponibles por no disponer de recursos humanos o de equipamiento, o por obras o por no ser necesarias en función de la demanda asistencial.

2) **Camas por 1.000 habitantes:** Camas instaladas sobre la población asignada al centro.

$1.000 * (\text{Promedio de camas instaladas en un periodo} / \text{Número de habitantes de población})$

3) **Camas funcionantes:** Camas hospitalarias realmente en servicio durante el periodo (mes), hayan estado o no ocupadas durante ese tiempo. No se contabilizan entre ellas las camas habilitadas o supletorias independientemente de que sí se impute al área correspondiente la actividad que se genera en dichas cama.

Promedio diario de camas instaladas en servicio (periodo)

4) **Número de puestos del hospital de día médico:** Puestos específicamente dotados y destinados a tratamientos diurnos (menos de 12 horas para pacientes con tratamientos médicos).

5) **Locales de consulta:** Salas destinadas a consulta de pacientes en régimen ambulatorio, excluyendo las específicamente destinadas a consultas de urgencias, salas de cura y exploraciones y despachos administrativos.

Indicadores de actividad

1) **Ingresos totales externos:** Número de enfermos procedentes del exterior con orden de ingreso registrada en el servicio de admisión, asignados a una cama de hospitalización.

Total ingresos programados + Total ingresos urgentes

- **Ingresos programados:** Pacientes ingresados con orden de ingreso programado, independientemente de si proceden de lista de espera o son de un servicio que no tiene demora de ingreso.

- **Ingresos urgentes:** Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias o no.

2) **Ingresos totales por 1.000 habitantes/Frecuentación hospitalaria:** Total de ingresos registrados en el hospital durante el periodo de estudio por población asignada.

$1.000 * (\text{Total de ingresos prog.} + \text{Total de ingresos urg.} / \text{Número de habitantes de población})$

3) **Estancias totales:** Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización a la hora censal (24 horas).

Total estancias registradas en el periodo de estudio

4) **Altas totales:** Se entiende por alta la salida de un enfermo previamente ingresado en el hospital, que deja de ocupar una cama de hospitalización en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga, etc.) o el estado del paciente (curación, mejoría, *exitus*, etc.).

Total altas registradas en el periodo de estudio

5) **Alta de un servicio:** Número de enfermos que han causado alta en el servicio correspondiente, durante el año. Incluye las altas por traslado a otro servicio del propio centro.

6) **Estancia media global:** Promedio de días de estancia de cada paciente ingresado.

Total estancias/Total de ingresos

7) **Estancia media por servicio:** Promedio de días de estancia de cada paciente ingresado en un servicio médico.

Estancias en el servicio/Total ingresos

8) **Urgencias totales:** Número de enfermos atendidos y registrados en urgencias con independencia de si se ha producido o no su ingreso.

Se excluyen las urgencias generadas por enfermos ya ingresados (partes de interconsulta urgentes).

9) Urgencias totales por 1.000 habitantes: Total de urgencias atendidas por población asignada en el periodo de estudio.

$1.000 * (\text{Total de urgencias} / \text{Población asignada en el periodo de estudio})$

10) Porcentajes de urgencias ingresadas: Proporción de urgencias atendidas en las que se produce ingreso en el hospital.

$1000 * (\text{Total urgencias con ingreso} / \text{Urgencias atendidas})$

11) Urgencias no ingresadas: Número de urgencias atendidas y registradas que no generan ingreso hospitalario.

12) Presión de urgencias: Proporción de ingresos urgentes del hospital sobre el total de ingresos del periodo.

$\text{Total de ingresos urgentes} / (\text{Total de ingresos programados} + \text{Total de ingresos urgentes})$

13) Urgencias/día: Promedio diario de urgencias atendidas en el hospital durante el periodo.

$\text{Número de urgencias asistidas} / \text{Número de días del periodo}$

14) Primeras consultas: Número de pacientes vistos en consulta por primera vez en una unidad de especialización determinada y un proceso concreto. Se consideran las remitidas por medio de atención primaria.

15) Consultas sucesivas: Todas aquellas derivadas de una primera consulta y las generadas por una revisión.

16) Consultas por 1.000 habitantes: Proporción de consultas por población atendida. Total de consultas serán las primeras más sucesivas.

$1000 * (\text{Total de consultas} / \text{Población asignada})$

17) Promedio diario de consultas: Promedio diario de consultas en el hospital durante el periodo.

Total de consultas/Número de días en un periodo

18) Relación de primeras /sucesivas: Proporción de consultas sucesivas sobre las primeras consultas.

Número de consultas sucesivas/Número de primeras

Indicadores de rendimiento

1) Índice de ocupación global: Proporción de camas funcionantes ocupadas en el periodo de estudio.

$100 * (\text{Total de estancias} / \text{Promedio de camas en funcionamiento} * \text{días de estudio})$

2) Índice de rotación:

Número de ingresos en el periodo/Número de camas disponibles

3) Rendimiento de locales de consulta externa: Grado de ocupación de los locales de consultas externas.

$100 * (\text{Tiempo de actividad realizada de consultas externas} / \text{Horas disponibles de locales de consultas externas})$

Para calcular el tiempo de actividad, tiempo utilizado en realización de actividad, será:

$(\text{Número de primeras} * \text{tiempo medio}) + (\text{Número de sucesivas} * \text{tiempo medio})$

4) Horas disponibles de locales: Son las horas asignadas a cada servicio en la programación de consultas externas.

5) Rendimiento del quirófano: Grado de ocupación del quirófano. Podemos medirlo en términos de número de intervenciones por sesión quirúrgica, por quirófano y tiempo de utilización del quirófano. Para ello, será necesario monitorizar y establecer la hora de entrada y salida del quirófano.

6) Número de intervenciones realizadas/número de sesiones quirúrgicas: Promedio de intervenciones por sesión.

7) Número de intervenciones totales/número de quirófano: Promedio de intervenciones por quirófano.

8) Ocupación del quirófano:

$100 * \text{suma de todos (hora_salida - hora_entrada) / (Número de sesiones * minutos_disponibilidad_sesion)}$

Indicadores de accesibilidad en consultas

1) Número de pacientes en espera para consulta externa: Número total de pacientes en espera estructural para la atención de consulta.

2) Tiempo medio de espera de los pacientes en espera: Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera estructural.

Para ello, el tiempo de espera se calcula:

$\text{Tiempo de espera para primera consulta: diferencia de días entre fecha de registro y fecha de estudio / Número de pacientes en espera}$

3) Espera media de los pacientes atendidos: Es el tiempo promedio en días que han esperado los pacientes que han sido atendidos.

$\text{Suma de todos (Diferencia de días entre fecha de registro y fecha de cita) / Número de pacientes en espera}$

4) Demora media prospectiva: Es el tiempo expresado en días que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de un periodo.

$\text{Total de pacientes pendientes / Promedio diario de visitas en el último año}$

5) **Demora máxima:** Tiempo máximo, expresado en días, para la obtención de una primera consulta.

En el caso de consultas externas, es importante conocer la procedencia de las primeras consultas, es decir, de atención primaria.

Indicadores de accesibilidad en área quirúrgica

1) **Número de pacientes en espera para intervención quirúrgica:** Número total de pacientes en espera con indicación quirúrgica pendiente de ser intervenido.

2) **Tiempo medio de espera de los pacientes en espera:** Tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando todos los pacientes en espera quirúrgica.

Para ello, el tiempo de espera se calcula:

Tiempo de espera para interv. quirúrgica: Diferencia de días entre fecha de registro y fecha de estudio/Número de pacientes en espera

3) **Espera media de los pacientes atendidos:** Es el tiempo promedio en días que han esperado los pacientes que han sido intervenidos.

Suma de todos (Diferencia de días entre fecha de registro y fecha de intervención)/Número de pacientes en lista de espera quirúrgica.

4) **Demora media prospectiva:** Es el tiempo expresado en días que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un periodo.

Total de pacientes pendientes/Promedio diario de intervenciones en el último año

5) **Demora máxima:** Tiempo máximo del paciente con una espera quirúrgica más antigua, expresado en días.

El cuadro de mando también debe incorporar información cualitativa de los pacientes atendidos, sobre su casuística, para lo cual se incluirá información de los GRD más frecuentes de cada servicio, la estancia media por GRD y el peso medio, que medirá la complejidad media de las altas. Para ello, se hace necesario monitorizar el porcentaje de altas codificadas.

El formato del cuadro de mando, además de incluir los indicadores sobre los que vamos a realizar el seguimiento, deberá establecer un seguimiento periódico (mensual) en el que se compare el realizado en dicho periodo con el objetivo previsto en el periodo incluyendo el grado de desviación o grado de cumplimiento según el indicador.

Una herramienta favorecedora para abordar una gestión de los servicios quirúrgicos es el cuadro de mando, que permite monitorizar una serie de indicadores en las diferentes áreas de actividad de dicho servicio en el ámbito del hospital, señalando el grado de cumplimiento o las desviaciones más significativas en un periodo de tiempo que permita la toma de decisiones para su corrección.

5.4. Gestión de procesos asistenciales

La fase de implantación es la más compleja de cualquier proyecto, especialmente cuando se trata de introducir cambios o rediseñar procesos en organizaciones. Es la fase que determinará el éxito o el fracaso del proyecto.

Además, hay que contar con que el sistema sanitario está formado por un conjunto de instituciones con peculiaridades específicas, incluso con formas diferentes de abordar los procesos, con distintos grados de coordinación entre niveles, con dotación de infraestructuras y tecnológica diversa. De ahí que el programa de implantación ha de adaptarse a cada institución, a cada proceso y a las características específicas de la organización.

En este sentido, es importante destacar que el proyecto que abordar está centrado en un entorno y unas circunstancias muy complejas:

- Las instituciones sanitarias mantienen estructuras organizativas complicadas, todavía muy jerarquizadas y burocratizadas. Esta estructura vertical choca con la filosofía de la gestión por procesos, que requiere organigramas planos y estructuras horizontales. Por eso, enfocar las instituciones a procesos supone cambios organizativos profundos para reorientar el trabajo individual hacia equipos multidisciplinares, y los servicios clásicos hacia unidades funcionales integradas por profesionales de diferentes disciplinas y especialidades.
- La gestión llevada a cabo en los centros sanitarios todavía tiene un enfoque en el que predomina la proyección interior (hacia dentro de la organización) sobre la exterior (hacia el mercado y el cliente).
- La organización departamental de las instituciones sanitarias está muy arraigada y centralizada. Esto dificulta la reorganización en unidades funcionales multidisciplinares o unidades de proceso, que necesitan, para ser

eficaces, una gran autonomía de gestión y una dilución de las barreras interdepartamentales.

- La superespecialización de tareas que existe entre los profesionales sanitarios dificulta el cambio hacia el trabajo en equipos multidisciplinares de alta resolución.
- En las instituciones sanitarias el liderazgo está basado más en el inmovilismo y las cualidades administrativas que en la adaptación al cambio y en el liderazgo activo.
Los sistemas de información están más enfocados a la medición de resultados basados en la productividad que a la satisfacción del cliente y la calidad de los servicios. Esto dificulta la obtención de indicadores básicos para el control de la fase de implantación, que midan el impacto del cambio sobre la organización y sobre el cliente.
- La continuidad asistencial entre los niveles primario y especializado todavía no está resuelta. Para el enfoque global de continuidad asistencial que se pretende, se requiere una estrecha coordinación entre ambos niveles asistenciales que no se va a generar exclusivamente con la orientación a procesos, sino que precisa otros elementos integradores adicionales.

Todas estas características han de tenerse en cuenta en la fase de implantación para acompañar los planes operativos de los cambios culturales, estructurales y organizativos necesarios para el éxito del proyecto.

5.4.1. Definición de gestión de procesos (GP)

Varias son las causas por las que un sistema sanitario debe adaptarse a la sociedad a la que sirve. La permanente necesidad de equilibrar los recursos sanitarios (siempre limitados) y las necesidades de salud, la demanda creciente de estos servicios por la sociedad, que aumenta las expectativas, el envejecimiento de la población y los cambios epidemiológicos obligan a necesitar una organización ágil que dé respuestas a estas demandas.

Pero ¿por qué es tan complicado recibir una asistencia integral y que garantice la continuidad asistencial? La respuesta hay que buscarla en las características de nuestras organizaciones sanitarias:

- Complejidad de la organización, con un elevado volumen de servicios y proveedores.
- Segmentación departamental, motivada por la estructura tradicional de la organización sanitaria.
- Escasa capacidad de adaptación a las demandas, que son cambiantes.

- Poca coordinación entre los diferentes niveles asistenciales; aunque cada vez es mayor, todavía no es suficiente.
- Variabilidad en la ejecución de los procesos repetitivos (variabilidad práctica clínica).
- Ineficiencias de un sistema complejo.
- Y, a pesar de los esfuerzos, la cultura de las organizaciones, que pone en el centro al profesional y no al paciente.

Todo ello además acompañado de un usuario más informado y que considera la accesibilidad, efectividad, seguridad e información como fundamentales.

La organización sanitaria también se convierte para el profesional en estática, limitante de su desarrollo profesional.

La posibilidad de centrar la gestión de las organizaciones sanitarias en procesos asistenciales continuos puede ayudar a dar respuesta a las expectativas de ciudadanos y profesionales.

La gestión de procesos es un sistema de gestión enmarcado en los principios de calidad total que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que mejorar y las herramientas para hacerlo.

Recordemos que calidad total es el resultado de un proceso de gestión integral de todas las actividades de una empresa con el objeto de satisfacer con eficiencia las expectativas del cliente, tanto externo como interno.

El paradigma tradicional de cómo mejorar las cosas que venimos haciendo cambia por para quién lo hacemos y cómo hacer las cosas correctamente.

La palabra *proceso* viene del latín *processus*, que significa 'avance' y 'progreso'.

Un proceso comprende una serie de actuaciones, actividades, decisiones realizadas por diferentes departamentos o servicios de la institución sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente. Este cliente podrá ser tanto un cliente interno (otro servicio), como un cliente externo (paciente/acompañante).

La gestión por procesos (*business process management*) es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional, y en la que prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos son gestionados de modo estructurado y sobre su mejora se basa la de la propia organización.

La gestión de procesos aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. No hay que olvidar que los procesos los realizan personas y los productos los reciben personas y, por tanto, hay que tener en cuenta en todo momento las relaciones entre proveedores y clientes.

El proceso tiene capacidad para transformar unas entradas en salidas.

ENTRADA → PROCESO → SALIDA

5.4.2. Elementos del proceso

Los elementos básicos que caracterizan los procesos son los siguientes:

- 1) **Entradas (*inputs*)**, es decir, aquello que proporcione alguien (proveedor) y sobre lo que se va a desarrollar el proceso.
- 2) **Recursos humanos y materiales** necesarios para llevar a cabo el proceso.
- 3) **Salida (*outputs*)**, que son productos o servicios, aquello que recoge el paciente o cliente, servicio final que se presta al paciente o al cliente.
- 4) **Sistema de control**, que medidas e indicadores de funcionamiento y nivel de satisfacción del paciente o cliente.
- 5) **Proveedores y clientes**: Los proveedores son las personas que aportan las entradas y los clientes, aquellos que reciben las salidas. Ambos pueden ser dos tipos:
 - Internos, de dentro de la organización. Por ejemplo, el facultativo que solicita un análisis de sangre es cliente del laboratorio.
 - Externos, de fuera de la organización. En nuestro entorno, el más habitual es el paciente, aunque también puede ser la dirección o el organismo administrativo del que dependemos (consejería de sanidad etc.).
- 6) **Límites del proceso**. Es muy importante que se considere con precisión dónde empieza y dónde acaba el proceso, ya que con frecuencia, además, no suceden en el hospital y puede ocurrir que los problemas principales en dicho proceso estén fuera del propio hospital.

El proceso está constituido por actividades internas que de forma coordinada logran un valor apreciado por el destinatario de este.

- Las actividades internas de cualquier proceso las realizan personas, grupos o departamentos de la organización.
- Esta secuencia de actividades se puede esquematizar mediante un diagrama de flujo.
- Son los destinatarios del proceso, internos o externos a la organización, los que en función de sus expectativas con relación a este juzgarán la validez de lo que el proceso les hace llegar.
- El proceso consume o utiliza recursos que pueden ser, entre otros, materiales, tiempo de las personas, energía, máquinas y herramientas.

También podemos hablar de **tarea**, como el trabajo que hay que realizar en un tiempo limitado.

1) **Actividad** es la suma de tareas. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un proceso.

2) **Función o departamento** es el conjunto de personas especializadas en la realización de determinadas tareas. Habitualmente una función suele estar involucrada en varios procesos.

3) **Cliente de un proceso** es la persona, departamento o empresa que recibe el producto o servicio generado en ese proceso. El cliente de un proceso puede ser externo o interno a la propia organización.

Es importante destacar que no todas las actividades que se realizan son procesos; para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios:

- La actividad tiene una misión o propósito claro.
- La actividad contiene entradas y salidas; se pueden identificar los clientes, los proveedores y el producto final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

Es importante recordar que el foco de atención del proceso es su destinatario (receptor) último. Podemos llamarlo paciente, cliente, persona, usuario. Cubrir sus expectativas es el fundamento del proceso.

5.4.3. Características esenciales de todo proceso

1) **Variabilidad del proceso.** Cada vez que se repite el proceso hay ligeras variaciones en la secuencia de actividades realizadas, que, a su vez, generan variabilidad en los resultados del proceso expresados a través de mediciones concretas, por ejemplo el porcentaje de tornillos estampados fuera de tolerancia, el porcentaje de asistentes que se quejan porque la temperatura de la sala no es la adecuada, el porcentaje de pacientes que se quejan porque la comida no presenta la temperatura adecuada, etc.

Por tanto, la variabilidad repercute en el destinatario del proceso, quien puede quedar más o menos satisfecho con lo que recibe del proceso.

Ejemplos. Cada vez que se estampa un tornillo la característica longitud varía ligeramente, cada vez que se ensambla un conjunto concreto de una máquina de transformación eléctrica el adelanto o retraso en la entrega a la sección de pintado varía ligeramente. Las personas que realizan el proceso cuentan con una herramienta específica, el gráfico de control (ver cuadernillo de herramientas), que les permite medir y controlar la variabilidad del proceso.

2) **Repetitividad del proceso como clave para su mejora.** Los procesos se crean para producir un resultado y repetir dicho resultado. Esta característica de repetitividad permite trabajar sobre el proceso y mejorarlo; esto es, cuantas más repeticiones, más experiencia.

Merece la pena invertir tiempo en mejorar el proceso, ya que los resultados se van a multiplicar por el número de veces que se repita.

Para gestionar y mejorar un proceso, en primer lugar es necesario describirlo adecuadamente. Los elementos que van a permitir describir el proceso son:

- Salida y flujo de salida del proceso.
- Destinatarios del flujo de salida.
- Intervenientes del proceso.
- Secuencia de actividades del proceso.
- Recursos.
- Indicadores.

Las actividades de cualquier proceso son siempre realizadas por personas, equipos o departamentos.

En todas estas definiciones el concepto subyacente es el mismo:

Un conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requisitos del cliente.

Por ello, en el marco de la organización sanitaria pública, un **proceso asistencial** es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas) que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos estos en un sentido amplio (aspectos organizativos, asistenciales, etc.).

Y la **gestión por procesos** implica reordenar los flujos de trabajo de modo que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales. En este sentido, un proceso asistencial debe tener una **misión** claramente definible (qué, para qué y para quién), unas **fronteras** delimitadas con entradas y salidas concretas, secuencias de **etapas** claramente integrables y debe poder **medirse** (cantidad, calidad, coste).

Pero no todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones tienen las mismas características, motivo por el que se pueden clasificar, en función del impacto más o menos directo sobre el usuario final, de la siguiente manera:

- **Procesos estratégicos:** adecuan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing, etc.
- **Procesos operativos:** aquellos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.
- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos.

3) **Para la representación esquemática** de los procesos se utiliza con frecuencia la metodología IDEF (*integration definition for function modelling*). IDEF consiste en una serie de normas que definen la metodología para la representación de funciones modelizadas, pues esta permite:

- Definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de los procesos de la organización.
- Representar gráficamente cada proceso por separado, en forma de caja que recibe tres tipos de entradas y que, tras aportar valor añadido, emite una salida.

Es importante señalar que proceso no es lo mismo que procedimiento, que es un conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define qué es lo que se hace, y un procedimiento, cómo hacerlo.

Las **entradas del proceso** son: por la izquierda, solicitud o requerimiento del servicio; por la parte inferior, los recursos consumidos (materia prima, servicios externos, información, etc.), y, por la parte superior, los factores que condicionan la forma en que se presta el servicio (denominados por algunos autores guías) y que incluyen protocolos, necesidades del usuario, presupuestos, etc. **La salida del proceso** es el servicio facilitado al usuario.

Esta es fundamentalmente una metodología de consenso entre los profesionales que intervienen directamente en las actividades asistenciales propias de cada proceso. De ahí que todas las etapas estén sustentadas en el trabajo en equipo, al considerar que son los propios profesionales quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora.

La propuesta metodológica que se realiza en los siguientes apartados es muy sintética. Se ha optado por no realizar una descripción muy detallada de las bases metodológicas en las distintas etapas de diseño de los procesos y sí por incidir más en la presentación de numerosos ejemplos, basados en algunas partes del trabajo global que distintos grupos de profesionales andaluces están llevando a cabo en la actualidad, y que servirán para ilustrar y clarificar las ideas expuestas.

5.4.4. Identificación de procesos clave

La gestión por procesos exige en primer lugar una estrategia de identificación de los procesos que en la organización se consideran prioritarios (procesos operativos o clave) y, a continuación, una ordenación según su importancia. Dado que en las organizaciones existe una gran cantidad de procesos, es necesario priorizar los procesos más importantes, ya que, inicialmente, no se puede abordar simultáneamente la gestión de todos ellos.

Algunos de los criterios que se pueden emplear son:

- Frecuencia elevada.

- Variabilidad conocida.
- Impacto importante en resultados.
- Impacto importante en costes.
- Posibilidad de mejora.

5.4.5. Por qué la gestión de procesos

La gestión de procesos es un instrumento para definir nuestras actividades, realizar el análisis de las dimensiones de calidad más relevante y establecer las mejoras necesarias. Asimismo, debe incluir métodos para sistematizar dichas actividades y monitorizar (medir y analizar periódicamente) los indicadores principales que van a informarnos sobre la situación permanente de dichos procesos.

La gestión de procesos es la herramienta de gestión que mejores resultados puede proporcionar a cualquier organización para mejorar su eficiencia. En el ámbito de trabajo asistencial coexisten numerosos profesionales, sanitarios y no sanitarios, e infinidad de flujos de trabajo que de forma repetitiva en el tiempo persiguen objetivos concretos y que van dirigidos a grupos específicos de clientes.

Algunos de estos procesos son departamentales, sin embargo, la mayoría son multidisciplinarios y multidisciplinares. A este grupo pertenecen la mayor parte de los procesos asistenciales.

La metodología denominada gestión de procesos permite analizar de manera sistemática la secuencia de actividades que lo constituyen y las personas que intervienen en ellos, así como la representación gráfica de todas estas actividades; es una metodología que intenta estabilizar o mantener estos procesos bajo control, evitando variabilidad en ellos, que da lugar a ineficiencias.

Constituyen elementos clave de la gestión de los procesos la exploración de las necesidades/expectativas de los clientes y la definición de las características de calidad de las diferentes actividades que constituyen el proceso con objeto de que respondan a las mencionadas expectativas/necesidades.

Para evaluar estos procesos y su nivel de variabilidad, se utilizan indicadores que deben informar periódicamente sobre el nivel de efectividad y eficiencia de estos y el nivel de satisfacción de las personas o clientes a los que van dirigidos.

Cuando se gestionan procesos asistenciales, tanto el diagrama de flujo como las características de calidad del proceso pueden corresponder a las guías de la práctica clínica, vías clínicas o cuidados estandarizados desarrollados en los últimos años en el ámbito sanitario en el marco de los programas de calidad.

Los modelos de calidad más extendidos (EFQM y modelos ISO) conceden especial interés a la gestión de procesos, debido a la enorme trascendencia que tiene para el correcto funcionamiento de las organizaciones.

La asistencia sanitaria no es una excepción y cada día existe una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud, de los gestores y de las autoridades sanitarias por el desarrollo de la metodología de la gestión de procesos. Ejemplos como la implantación de vías clínicas y la inclusión de las etapas de atención primaria y especializada son prueba de ello.

En cualquier caso, la medicina basada en la evidencia aportará todas las características de calidad de los procesos. En procesos no estrictamente clínicos la descripción de las actividades coincide con una parte fundamental de los requisitos de los sistemas de certificación ISO, que exige la rigurosa descripción de los procesos generales y operativos de la organización certificada.

5.4.6. Ventajas de la gestión por procesos

Los beneficios que supone para la organización la implantación de un modelo de gestión de procesos son los siguientes:

- Fomenta una visión integral y coordinada, lo que permite una asistencia continua y sin interrupciones adaptando la estructura y vinculando el esfuerzo profesional al objetivo final de este.
- El ciudadano en el centro, por lo que hay que tener en cuenta desde el principio sus necesidades y expectativas y medir su grado de satisfacción.
- Promueve la implicación de los profesionales, que se convertirán en los motores del cambio, por lo que participarán en el diseño, la gestión y la evaluación del proceso.
- Facilita la relación multidisciplinar, al fomentar la participación de todos los profesionales.
- Permite la mejora continua y concibe la organización como una cadena de valor en la que cada elemento aporta una actividad que mejora la asistencia.

En las instituciones sanitarias convergen numerosos tipos de actividad, como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económica y administrativa, la ingeniería, el mantenimiento y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características.

Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las instituciones sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales. Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y la coordinación adecuados, permite optimizar de modo significativo la utilización de los recursos y mejorar la calidad asistencial.

Así, podemos resaltar las siguientes aportaciones de la gestión por procesos:

- Comprender mejor a la organización.
- Integrar y coordinar funcionalidades (integración asistencial).
- Regular las relaciones entre los procesos sin dejar espacios intermedios (continuidad de cuidados).
- Controlar los procesos mediante indicadores.
- Incorporar responsables de proceso.

5.4.7. Dificultades de la gestión de procesos

Las actividades sanitarias son complejas, están sometidas frecuentemente a una gran variabilidad y regidas por personas con formaciones y criterios dispares, que condicionan el transcurrir de cada proceso con sus decisiones. La organización de los centros sanitarios en compartimientos funcionales estancos entorpece la fluidez de las actividades que conforman el proceso. La gestión por procesos supone un cambio radical de la organización y, por lo tanto, su implantación es compleja.

5.4.8. Razones que justifican la gestión por procesos

Las razones que justifican la gestión por procesos son las siguientes:

- Organizar los flujos de trabajo multidepartamental y multidisciplinar.
- Evitar la variabilidad en los procesos repetitivos.
- Evitar ineficiencias en los procesos.

- Adaptar los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes.
- Disponer de indicadores que midan la eficacia, la eficiencia y el progreso de los procesos.
- Incorporar la mejora continua.

5.4.9. Reingeniería o rediseño de procesos

En el entorno sanitario actual, se han introducido tres fuerzas emergentes muy potentes: los clientes, la competencia y el cambio tecnológico. Los clientes demandan cada vez mejores resultados y un trato individualizado. La competencia se ha introducido al separar las funciones de provisión y financiación de servicios sanitarios. Por último, el cambio tecnológico es un fenómeno permanente que afecta a todo el sector servicios. Estas y otras fuerzas obligan a mejorar constantemente los procesos de una organización.

La reingeniería de procesos se definió en 1990 en el libro *Reengineering the Corporation*, de Michael Hammer. Desde entonces, se ha ido desarrollando una metodología consolidada, aplicada por la mayoría de las empresas.

Se trata de realizar una revisión fundamental y rediseñar de manera radical los procesos con el objetivo de obtener grandes mejoras del rendimiento. En teoría, es posible rediseñar los sistemas operativos instalados e incluso perfeccionados desde hace tiempo para hacerlos más eficaces.

La reingeniería de procesos supone un cambio radical, por tanto, implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización. Este cambio debe ser liderado por la Dirección, han de realizarlo los profesionales directamente implicados y debe ser asumido por toda la organización.

El trabajo debe organizarse según las exigencias de los clientes y del mercado para proporcionar un producto de alta calidad a un precio equitativo, con un servicio excelente, aprovechando al máximo el potencial tecnológico actual.

Por desgracia, los hospitales suelen ser organizaciones rígidas y burocratizadas, con poca capacidad de reacción frente a los cambios del mercado, organizadas de manera relativamente ineficaz.

Los objetivos globales de la reingeniería en un hospital son la reforma de los sistemas sanitarios en general y de los hospitales en particular, y buscan cumplir tres grandes objetivos: controlar el crecimiento del gasto sanitario, mejorar la calidad de los servicios e incorporar las preferencias de los ciudadanos.

5.5. Organizaciones por procesos

5.5.1. Cultura de las organizaciones

Las organizaciones no son máquinas, sino comunidades, minisociedades con su propia manera de hacer las cosas, con sus hábitos y jerga, con su propia cultura. Dentro de la gran variedad de culturas y organizaciones, se pueden definir dos estilos fundamentales.

- La organización centralista. La organización es como una tela de araña, con el poder en el centro. Cuanto más cerca del centro, más influencia. Son organizaciones demasiado dependientes de su líder.
- La organización jerárquica. Es la más usual, con niveles dependientes unos de otros. Los servicios se vuelven demasiado estancos, la información no fluye correctamente. Estas organizaciones pueden funcionar bien, pero no afrontan los cambios con flexibilidad.

5.6. Indicadores de procesos asistenciales

El último paso necesario en la fase de diseño de los procesos asistenciales es la elaboración de un sistema de indicadores que facilite un método de mejora de la calidad. Para ello, debe contar con la inclusión de un sistema de evaluación y análisis de la calidad que nos permita introducir mejoras y un seguimiento de estas.

En este sentido, la evaluación de la calidad de los procesos es la comparación entre situaciones previamente definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para evitarlas.

Para realizar este trabajo comparativo es necesario disponer de patrones de referencia:

- Criterio o norma: Regla a la que se debe ajustar la atención sanitaria para ser considerada de calidad; permite especificar las condiciones deseables o no deseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. Es lo que se debe hacer (criterios de calidad de los procesos).
- Estándar: Grado de cumplimiento exigible a un criterio; se fija antes de realizar la evaluación. Es una medida subjetiva sobre el nivel de actuación que podría conseguirse.
- Indicador: Instrumento de medida utilizado para monitorizar los aspectos más importantes de las diferentes áreas y actividades del sistema sanitario;

se expresa generalmente en forma de proporción. Es una valoración objetiva de lo que se está haciendo.

Los indicadores deben ser capaces de identificar, cuantificar, valorar y comparar.

5.6.1. Características y requisitos de los indicadores

El conjunto de indicadores que conforman un sistema de evaluación de procesos debe estar enfocado a dimensiones concretas de la calidad de la atención sanitaria, como son la accesibilidad, la satisfacción de los pacientes, la continuidad de cuidados o los resultados en salud. Además, deben cumplir una serie de requisitos básicos, entre los que cabe destacar los siguientes:

- **Relevancia:** que valoren aspectos de la asistencia considerados fundamentales en los procesos diseñados.
- **Basados en evidencias científicas actualizadas** en relación con el problema evaluado.
- **Estar priorizados** de acuerdo con la fuerza de la evidencia y la influencia en el resultado.
- **Agilidad:** el sistema ha de permitir la transmisión rápida de la información.
- **Flexibilidad:** para adaptarse a distintos niveles de agregación de la información según el nivel de usuario.
- **Fiabilidad:** grado de reproductibilidad de los resultados cuando el indicador es utilizado por observadores diferentes; la existencia de un sustrato informático o documental, que haga al sistema auditable, refuerza la fiabilidad.
- **Integración con sistemas de información existentes** (CMBD, sistema de información de listas de espera, registros de cáncer, bases demográficas, etc.).
- **Comparabilidad:** posibilidad de establecer comparaciones entre centros que permitan el *benchmarking*. Asimismo, igual que se plantea en cualquier sistema de información, es necesario la adecuada retroalimentación a los profesionales implicados, una presentación atractiva de los resultados y la delimitación de las competencias y responsabilidades de los distintos profesionales en la declaración, transmisión, agregación y difusión de la información. Es importante reseñar, en relación con los primeros requisitos, que las evidencias disponibles de investigación son limitadas y que,

para algunas intervenciones o situaciones clínicas, puede que no sea posible obtenerlas.

- Según Naylor, “el compromiso para ejercer una medicina basada en la evidencia no puede excluir la utilización razonable del juicio clínico...”. Por ello, los métodos para la selección de los criterios/indicadores deben combinar las mejores evidencias disponibles con la opinión o juicio de expertos que, ante la falta de evidencias, pueden juzgar razonable la utilización de un criterio/indicador.

En este sentido, se pueden considerar tres grupos de criterios/indicadores:

1) **Criterios que deben incluirse:** en función de la existencia de una evidencia de investigación sólida y de su influencia en el resultado; son criterios con prioridad mayor.

2) **Criterios que pueden incluirse:** criterios con alguna evidencia de investigación que justifica su inclusión o que, a juicio de los expertos, es razonable incluirlos cuando no hay evidencia disponible.

3) **Criterios que no deben incluirse:** criterios que no parecen medidas importantes del proceso o aquellos sobre los que no se puede actuar (porque no son susceptibles de ser modificados); por otra parte, es conveniente huir de aspectos polémicos o que todavía están en discusión.

5.6.2. Construcción de los indicadores

La elaboración de cada indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

1) **Denominación:** Descripción resumida de la actividad asistencial o suceso que valora.

2) **Definición de términos:** Explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo; debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.

3) **Tipo de indicador:** Asignación del indicador según sea de estructura, de proceso o de resultado, basado en sucesos centinelas o en índices.

4) **Fundamento:** Explicación de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.

5) **Población del indicador:** Descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.

6) **Datos que recoger y fuentes:** Traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos e identificación de las fuentes de los datos.

7) Reseña de **estándares disponibles** que permitan establecer valores de referencia.

8) **Periodicidad y demora:** Definir el grado de agrupación temporal (mensual, trimestral, etc.) y el plazo de disposición de los resultados tras el cierre del periodo.

Ejemplo básico de plantilla de indicadores.

Indicador	Algoritmo	Estándar	Fuente de información	Periodicidad	Responsable
Est. media	Núm. est. x 100 / núm. altas	< 7 días	Admisión	Mensual	Admisión
Mortalidad	Núm. éxitos x 100/ Núm. pac. intervenidos	< 5%	Explotación GRD	Mensual	Documentación
% Reintervención	Núm. pac. rein. < 30 / Núm. pac. interv.	< 0%	Explotación GRD	Mensual	Documentación

5.6.3. Clasificación de los indicadores

Según el tipo de información que suministran

- Indicador centinela: Mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable.
- Indicador basado en índices: Mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración solo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios o instituciones.
- Indicador trazador: Puede servir de patrón para evaluar la atención que se brinda en el sistema de salud y refleja de manera fiable la globalidad de la asistencia; ha de referirse a una situación frecuente, en la que las deficiencias en la asistencia sean evitables, y en la que se pueda lograr el máximo beneficio al corregirlas.

Según la fase de la atención sanitaria

- Indicadores de estructura.

- Indicadores de proceso.
- Indicadores de resultado.

1) Indicadores de proceso e indicadores de resultados

Es importante conocer el impacto en la salud de las intervenciones sanitarias. La calidad de los servicios sanitarios precisa de un grado de excelencia que solo es alcanzable si se propician los recursos e instrumentos orientados a la medición de los resultados finales (mortalidad, morbilidad, calidad de vida, satisfacción, etc.) y a la identificación de áreas susceptibles de mejora en el proceso asistencial.

2) Criterios /indicadores de proceso

La evaluación del proceso es una medida complementaria a la evaluación de resultados que nos acerca a la identificación de posibles medidas correctoras.

En ocasiones, si no es posible medir resultados, la evaluación del proceso queda como la única posibilidad de medición de indicadores de la asistencia.

Están acotados a las propias fases y actividades del proceso, haciendo referencia a los puntos críticos, que suelen corresponder a las relaciones con otros departamentos.

Informan sobre:

- Tiempos de ejecución de los procesos (tiempos de respuesta, demoras, días de ingreso, estancias preoperatorias, etc.).
- Calidad científico-técnica (adherencia a guías, protocolos, procedimientos, etc.).
- Producción de servicios.

3) Criterios /indicadores de resultados

En el terreno sanitario, los resultados son los efectos que se pueden atribuir a una actividad o intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo. No debemos olvidar que los resultados son el objetivo de los profesionales sanitarios y el principal interés de los pacientes.

Se pueden considerar dos ámbitos de medición de resultados de la actuación sanitaria: el individual y el poblacional.

Los resultados en el ámbito del paciente pueden ser:

- **Resultados clínicos:** Evalúan el funcionamiento de una determinada intervención o tratamiento usando un indicador clínico como medida de resultado: signos y síntomas, determinaciones de laboratorio, eventos clínicos como consecuencia de la enfermedad o el tratamiento, efectos adversos, mortalidad.
- **Resultados centrados en el paciente:** Se refieren a la calidad de vida (función física, mental, social, laboral), satisfacción (accesibilidad a los servicios, calidad de los servicios, información recibida, etc.), preferencias de los pacientes, cumplimiento terapéutico, etc.
- **Resultados económicos:** Se refieren a la utilización de recursos sanitarios y el coste de esos servicios, o a la relación entre impacto económico y efectividad (estudios de coste efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio).

Los resultados en grupos de pacientes o poblaciones son de particular interés para los decisores sanitarios, y se basan en información sobre morbilidad, mortalidad, incidencia y prevalencia de la enfermedad, junto con la productividad social y económica.

Conviene recordar que la creciente participación de los pacientes en la toma de decisiones hace necesaria la utilización de una gran diversidad de variables de resultados, especialmente las que son más relevantes para el propio paciente, como la calidad de vida y la satisfacción con la atención, no limitándose exclusivamente a las variables biológicas y parámetros clínicos empleados habitualmente en los estudios de eficacia.

Monitorización de indicadores

Es la medición sistemática y planificada de los indicadores de calidad, con el objetivo de identificar situaciones problemáticas sobre las que hubiera que intervenir.

Los dos componentes básicos de la monitorización son:

- La identificación, selección o construcción de los indicadores que hay que medir.
- La definición de un plan de monitorización, incluyendo como mínimo la periodicidad de las mediciones y el método con el que se van a realizar.

Para monitorizar un conjunto de indicadores, se precisa una recogida estandarizada de los datos, sobre la base de definiciones comunes, datos centralizados, análisis comparativos, *feedback* de los resultados y mecanismos que aseguren su fiabilidad y exactitud.

A continuación se presentan algunos ejemplos de construcción de indicadores específicos para algunos procesos (SIDA, cáncer de mama, etc.), así como un conjunto global de indicadores seleccionados para la evaluación de un proceso asistencial concreto.

5.6.4. Gestión por indicadores

La utilización de indicadores nos facilita la gestión, ya que:

- Facilitan la detección de problemas.
- Permiten conocer el progreso de la organización.
- Son clave para el establecimiento de objetos de mejora.
- Miden los acuerdos entre unidades y servicios.

Ejemplo. Tasa de participación (cáncer de mama)

Descripción: Proporción de mujeres exploradas frente a población elegible.

Numerador: Número de mujeres exploradas.

1) Mujeres a las que se le realiza el estudio mamográfico de cribado (test de *screening*).

2) Número de mujeres que aportan una mamografía realizada como máximo seis meses antes de la cita, que cumpla los criterios metodológicos del programa en cuanto a proyecciones, que ha sido interpretada y ha seguido el mismo proceso que las que se realizan en la propia unidad.

Denominador: Población elegible.

Mujeres a las que se ha ofrecido en el periodo evaluado la realización de la exploración de cribado. Es la población diana menos la que debe ser incluida o excluida por criterios de cribado.

Población diana: Mujeres susceptibles de ser incluidas en un programa de cribado según los criterios de edad y residencia.

Criterios de inclusión: Mujeres que no aparecían en la base de datos y deben incluirse por criterios de cribado (edad y residencia).

Criterios de exclusión de la población elegible: Cáncer de mama previo o mastectomía bilateral.

Cálculo: $\text{Núm. de mujeres exploradas} \times 100 / \text{Población elegible}$.

Observaciones: Se considera la población diana a la actualizada al final del periodo de evaluación. Se excluyen, tanto de la población diana como de la elegible, en cualquier momento, las censadas ya no residentes, los fallos de identificación de edad o sexo, las duplicidades de datos y los fallecimientos.

1) Se calculará el porcentaje de mujeres que acude por cada una de las modalidades de cita respecto al total de exploradas.

2) Se calculará el porcentaje de mujeres que aportan mamografía reciente respecto al total de las exploradas.

5.7. Representación gráfica del proceso

Consiste en la representación esquemática, paso a paso, de los detalles de un proceso. Incluye las entradas al proceso (*inputs*) y sus salidas (*outputs*), así como el conjunto de actividades y tareas en su desarrollo.

Sirve para:

- Visualizar globalmente el proceso, los niveles de actuación asistencial (atención primaria, atención especializada, urgencias o emergencias), los profesionales implicados (médicos, enfermeras, personal no sanitario) y los recursos necesarios para obtener el resultado esperado.
- Identificar rápidamente funciones, responsabilidades y competencias de los participantes.
- Ligar las vías críticas con las organizativas, es decir, el qué y el cómo, en relación con las tareas que hay que realizar.
- Identificar puntos en los que se puede medir la efectividad y eficiencia del proceso.

Para la representación esquemática de los procesos se utiliza con frecuencia la metodología IDEF (*integration definition for function modelling*). IDEF consiste en una serie de normas que definen la metodología para la representación de funciones modelizadas, pues esta permite:

- Definir y dibujar cómo un proceso se relaciona y está integrado con el resto de los procesos de la organización.
- Representar gráficamente cada proceso por separado, en forma de caja que recibe tres tipos de entradas y que, tras aportar valor añadido, emite una salida.

A continuación describiremos los pasos que se deben seguir en la representación de los procesos integrados.

El diseño de procesos integrados, cuando son altamente complejos e implican a varias organizaciones, obliga a abordar la representación gráfica del proceso en diferentes niveles, desde lo más global hasta el detalle, paso a paso.

No es necesario para la representación de un proceso utilizar todos los niveles.

Su uso dependerá fundamentalmente de dos factores:

- El tipo de proceso concreto del que se trate.

- La dinámica y experiencia previa del equipo de profesionales que lo acomete.

En todos los casos es imprescindible que, para cada nivel, el equipo marque el grado de detalle o especificación al que quiere llegar en el proceso. Una vez acordado este punto, deberá mantenerse en todo el desarrollo del nivel de mapeado de procesos en el que se encuentre.

Es importante asumir desde el primer momento que en este modelo de diseño se trabaja con procesos integrados que implican a diferentes organizaciones y, por tanto, con un considerable nivel de dificultad, lo cual obligará a decidir en cada momento cuál es el instrumento de representación gráfica más adecuado.

Con la base de la metodología IDEF, se expone a continuación una propuesta propia de mapeado de los procesos por niveles, y se presentan varios ejemplos del trabajo realizado por los grupos de diseño de procesos.

Se han establecido cinco niveles de representación gráfica, desde el 0 hasta el 4, pasando progresivamente de una visión global de los procesos (nivel 0) hasta las tareas específicas que se deben realizar en un proceso concreto (nivel 4). Para los niveles 0, 1 y 2, se ha seguido de forma simplificada la estructura de representación gráfica por niveles que propone **la metodología IDEF**. El nivel 3 permite representar gráficamente las actividades y tareas a través de **diagramas de flujo**. Por último, el nivel 4 plantea el esquema de desarrollo de una **vía crítica**.

5.7.1. Arquitectura nivel 0

Se trata de una representación global, ya definida, de los procesos que desarrolla la organización en su conjunto.

Sería, por tanto, una representación única para todos los procesos integrados, un esquema global del proceso de atención sanitaria a través de los diferentes proveedores de servicios que la integran.

5.7.2. Arquitectura nivel 1. Representación del proceso integral en su conjunto

Este nivel corresponde a la representación gráfica de un proceso de atención concreto, por ejemplo la diabetes, el cáncer de mama, la fractura de cadera o la catarata. Al tratarse de procesos integrados, consistiría en la representación global del proceso en su flujo por los diferentes proveedores de la organización y, por tanto, figurarán los distintos niveles asistenciales implicados en la atención. Visto desde la perspectiva del proceso asistencial concreto, se podría considerar como el nivel 0 de mapeado para ese proceso, mediante metodología IDEF.

Para la representación gráfica de un proceso, el nivel 1 supone una visión global de las diferentes actividades que desarrolla este en los distintos escenarios donde se propone su realización. Tiene especial importancia, ya que consigue visualizar la amplitud real del proceso desde la entrada del paciente (urgencias hospitalarias, AP, domicilio), los diferentes proveedores que intervienen (consultas en atención primaria, consultas externas hospitalarias, cirugía ambulatoria, etc.) y las diferentes salidas en función de la resolución de las necesidades de los usuarios (alta médica, seguimiento continuado en el nivel primario, hospital, etc.). Esta posibilidad de representación gráfica del proceso de forma global hace recomendable que este nivel 1 se dibuje de manera provisional en las primeras sesiones de trabajo de grupo para que la descripción de entradas y salidas del proceso, así como su definición funcional, se visualicen claramente y estén, a su vez, en consonancia con la representación gráfica de las actividades del proceso.

El esquema del nivel 1 presenta tres bloques de representación:

- En la parte superior, y de forma longitudinal, se definen los procesos estratégicos: procesos necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización: plan estratégico, plan de calidad, plan de formación, etc.
- En la parte central, se representa el proceso operativo en sí mismo, es decir, las diferentes actividades de forma global y los diversos escenarios donde se desarrolla el proceso de atención que repercute directamente sobre el usuario. En los distintos ejemplos se representan aquí las actividades globales de la atención al embarazo, parto y puerperio, el proceso de cataratas, etc.
- En la parte inferior, se hallan los procesos de soporte, los que apoyan los procesos operativos para que estos se cumplan. En ellos están representados los servicios de mantenimiento, limpieza, archivo y, entre otros, los procesos de apoyo al diagnóstico. Estos últimos, en muchas ocasiones, tienen tanta entidad en el desarrollo de actividades del proceso que se representan dentro del proceso operativo en lugar de entre los de soporte.

5.7.3. Arquitectura nivel 2. Representación de los subprocesos

Una vez diseñado el esquema gráfico del conjunto de actividades que componen el proceso (nivel 1), el segundo paso consiste en profundizar un poco más en estos grupos de actividades. Se trata de responder a la pregunta ¿qué hacemos? pero más detalladamente que en el nivel 1. Este nivel necesita generalmente varios esquemas gráficos que representan los diferentes subprocesos en los que se puede descomponer el proceso integrado que se está representando. La amplitud y las características de estos subprocesos no mantienen una regla definida, sino que dependen de las peculiaridades propias de cada proceso. Se trataría en todo caso de representar las actividades con algo más de detalle y,

a la vez, de manera sencilla para facilitar la comprensión del proceso. Es decir, debe profundizar en las actividades pero sin que ello suponga aumentar la complejidad de los esquemas y su densidad.

La forma de representación del nivel 2 consiste, como norma general, en la presentación de una caja que recoge todas las actividades del subproceso. Esta gran caja expresa los procesos operativos para lograr ese subproceso. Por tanto, en su interior, contiene de manera ligada las actividades directamente relacionadas con los servicios facilitados a los usuarios. En los laterales de la caja se representa mediante flechas:

- **Las entradas de los usuarios** al subproceso (paciente desde AP, reingresos); dependiendo del subproceso del que se trate las entradas serán diferentes y más de una.
- **Las salidas del subproceso.** Pueden ser igualmente una o varias salidas (ingreso en hospitalización, derivación a consultas externas, *exitus*, finalización del proceso, etc.). En la parte superior e inferior del proceso también pueden representarse otros aspectos que deben tenerse en cuenta y que facilitan la comprensión de este.
- **Guías.** Se sitúan en la parte superior. En el lenguaje IDEF se denominan también controles. Se trata de representar para el subproceso concreto los controles que están marcando nuestra conducta a la hora de definir las actividades. Es decir, recomendaciones específicas, aspectos concretos contenidos en guías de práctica, normativa legal, etc., que sustentan nuestro proceder.
- **Recursos.** También denominados mecanismos. Son los medios necesarios para poder realizar las actividades del subproceso. Expresan los procesos de soporte mencionados en el nivel 1, pero de una forma concreta y dirigidos exclusivamente a las necesidades del subproceso que se está representando.

5.7.4. Arquitectura nivel 3

Es un modelo de representación gráfica práctico en el que se desglosan las actividades de un proceso, a la vez que se muestra la persona que desarrolla la actividad. Es ya una representación gráfica a través del diagrama de flujos, y puede detallarse más mostrando, en la parte superior, los tiempos de ejecución o el lugar en el que se realiza la actividad o se entrega el servicio.

Cada una de las casillas de este diagrama puede contener, a su vez, otro esquema de flujograma lineal, y así sucesivamente hasta el último nivel de detalle al que se quiera llegar.

La ventaja de la representación gráfica del proceso integrado es que permite combinar las vías organizativas (flujo de paciente, citas, tiempos de ejecución, identificación de cuellos de botella, forma y momento de la entrega de servicios) con las vías clínicas.

El uso de los programas informáticos permite acoplar a cada paso de la representación del flujograma llamadas o ayudas que aclaren los procedimientos y que informen sobre la evidencia que respalda el diseño del proceso.

6. Gestión de procesos. Gestión clínica. Vías clínicas

6.1. Gestión clínica

La gestión clínica consiste en síntesis en gestionar los centros y las unidades asistenciales basándonos en la doble premisa de considerar al paciente como el eje de la organización asistencial y conseguir la participación activa de los profesionales en la consecución de los objetivos de la institución.

En el marco de la gestión clínica la tarea de los clínicos incluye, además de la realización de actividades asistenciales, la planificación, el diseño organizativo y la gestión de la actividad, que deberá ser la adecuada y correcta a un coste razonable y con óptima calidad. Serán objetivos irrenunciables en el marco de este modelo de gestión la satisfacción del paciente y la de los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

Los pilares básicos en los que se sustentan los modelos de gestión clínica son los siguientes:

- Implicar a los profesionales en la gestión de los recursos del centro y/o unidad a la que pertenecen, bajo los principios de descentralización, participación, autonomía y responsabilidad.
- Convertir el proceso asistencial y la atención integral al paciente en el eje del sistema organizativo aplicando a las organizaciones sanitarias lo que normalmente conocemos como gestión por procesos.
- Para implantar con éxito políticas de gestión clínica en un centro sanitario se requiere lo siguiente:
- La dirección de la institución tiene que ser quien lidere el proceso; será su trabajo impulsar y supervisar los cambios organizativos necesarios y ejercer la función de control y evaluación de resultados.
- A la vez, hay que conseguir una efectiva descentralización de aquellas decisiones que afectan a las unidades asistenciales, dotando al personal de la autonomía de gestión necesaria con la consiguiente exigencia de responsabilidad; también habrá que poner a su disposición el conocimiento y las herramientas metodológicas necesarias. La implicación del personal sanitario en el proceso ha de ser total.

- Para garantizar que los cambios se producen en la adecuada dirección, debe existir una autoevaluación y un proceso de mejora continuos.
- La práctica asistencial debe orientarse hacia la estandarización de los procesos basados en la evidencia científica, con la utilización de guías clínicas, protocolos y vías clínicas.
- Para permitir implantar técnicas de gestión clínica con garantías de éxito, el hospital debe de contar con una serie de elementos esenciales:
- El sistema de información es de capital importancia; ha de estar orientado a la gestión clínica y ser y, además, tener la consideración de fiable por los profesionales. La información debe ser compartida por clínicos y equipos directivos y ha de calar en la organización el mensaje de que la información es un instrumento clave para la práctica clínica. Los llamados cuadros de mandos se configuran como elementos esenciales a todos los niveles.
- Tenemos que contar con una unidad de admisión y documentación clínica adecuadamente desarrollada; la gestión de pacientes es un elemento clave en todo el proceso.
- Debemos tener instaurados los adecuados sistemas de gestión de costes que nos permitan conocer el consumo de recursos de cada unidad clínica y de cada una de las actividades y procesos. La eficiencia como principio inspirador de nuestra actividad requiere un detallado conocimiento de los recursos empleados. Deseamos saber qué hacemos y que lo hacemos bien, pero también queremos saber a qué coste lo hacemos.
- Una cultura de evaluación permanente en la organización es imprescindible para garantizar el éxito permitiéndonos corregir las desviaciones sobre objetivos previstos en la fase inicial de las mismas.
- Los objetivos básicos de una organización orientada a la gestión clínica serían pues los siguientes:
- Garantizar la atención integral al paciente, considerando a este y a sus necesidades como el centro de atención de la organización y procurando una atención en las mejores condiciones y en el menor tiempo posible.
- Mejorar la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada a los pacientes mediante la estandarización de tareas y la protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica.
- Facilitar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión, incrementando su intervención en la utilización correcta de recursos y en la optimización de rendimientos.

Como resumen de esta introducción conceptual y siguiendo a la Dra. Ruiz Iglesias, hemos de tener presente que las interpretaciones del término *gestión clínica* en España han sido y son muy dispares, por lo que resulta difícil señalar cuáles son los aspectos esenciales que la configuran en nuestro entorno y, por tanto, cuál es el modelo de gestión clínica predominante, pero un riesgo que debemos evitar es que la introducción de metodologías de gestión clínica en una organización signifique una merma en el papel de los órganos directivos.

Tenemos que huir de introducir la gestión clínica en los centros de una forma acelerada sin las bases metodológicas adecuadas, centrandolo el proceso de gestión clínica en una mera delegación de la adecuada gestión de los procesos a los clínicos, es decir, convirtiendo la gestión clínica en una simple gestión por los clínicos.

No podemos olvidar que la responsabilidad final de gestionar las organizaciones es de los gestores, a quienes compete, en última instancia, el garantizar el correcto funcionamiento de la institución. El adecuado desempeño de funciones directivas es elemento imprescindible, también en el marco de la gestión clínica, para que los profesionales sanitarios puedan hacer bien su trabajo, que es, y sigue siendo, diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes.

De manera resumida abordaremos el análisis de la gestión clínica en dos bloques:

- 1) La implicación de los profesionales en la gestión: acuerdos de gestión.
- 2) El paciente como centro del sistema: la gestión de procesos asistenciales.

Existe variabilidad en la práctica clínica, tanto en la utilización de los recursos sanitarios, como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios de los diferentes centros o instituciones, pero la causa más importante es la debida a disfunciones en la prestación de servicios de atención a los enfermos. Las vías clínicas representan una posible solución para este tipo de variabilidad, definiendo la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de médicos, enfermeras y otros profesionales para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.

Es una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, con lo que consigue la optimización de la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones clave del proceso por falta de información.

Hacen compatible algoritmos, protocolos y toda clase de recomendaciones en la atención del enfermo con un determinado diagnóstico clínico para dar una perspectiva interdisciplinar que es capaz de identificar:

- Las expectativas en la atención del enfermo.
- Los sucesos que son críticos en la duración apropiada de la estancia del enfermo.
- Los métodos de mejora de la calidad y del coste-efectividad de la atención del enfermo.

6.2. Vías clínicas

6.2.1. Concepto de vía clínica

La vía clínica es una herramienta de gestión para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del paciente.

También podemos definirlo como planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Las vías clínicas (*clinical* o *critical pathways*) también se denominan mapas de cuidados (*care maps*), guías prácticas, protocolos de atención (*care protocols*), atención coordinada, vías de atención integrada (*integrated care pathways*), vías de atención multidisciplinaria (*multidisciplinary pathways care*), programas de atención colaborativa, vías de alta anticipada (*anticipated recovery pathways*), vías de atención o gestión de casos clínicos.

Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica, optimización de la atención y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información, participación y ajuste de las expectativas) y los de los gestores (eficiencia, evaluación continua y gestión de costes). Es una forma de adaptar las guías de práctica clínica o los protocolos a la práctica clínica.

La vía clínica, tal como hemos indicado, se convierte en una herramienta para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del paciente; y no reemplaza el juicio clínico de los profesionales ante el paciente particular que se está atendiendo.

Pueden desarrollarse para la atención antes, durante y/o después de la hospitalización y permiten la anticipación de los problemas asistenciales, la evaluación de los objetivos planteados, la comparación con los estándares de atención definidos previamente y la innovación en las soluciones.

Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste o que requieren la cooperación de múltiples profesionales.

6.2.2. Objetivos de las vías clínicas

- Establecer, para todos los pacientes independientemente del médico responsable, una secuencia de actuaciones basada en las mejores evidencias disponibles.

Justificación: La variabilidad en la práctica clínica debida a diferencias en la formación, experiencia o estilo de práctica clínica.

- Mejorar la coordinación de los diferentes profesionales al definir las actividades del día a día en la atención del enfermo y quién es el responsable de realizar cada actividad.

Justificación: El enfoque multidisciplinar de los pacientes puede difuminar un enfoque integral, así como provocar roces entre los profesionales, indefinición de responsabilidades, etc., con lo que se deteriora el ambiente laboral y la atención al paciente.

- Informar al paciente y familiares de lo que pueden esperar día a día, así como establecer un compromiso de la institución con su atención y cuidado, ya que permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo desde el inicio el momento del alta.

Justificación: La necesidad de atención sanitaria supone, tanto para el paciente como para los familiares o allegados, una situación de ansiedad e incertidumbre ante los resultados de dicha atención, así como por la secuencia de procedimientos que se van a llevar a cabo.

- Definir los pasos que se deben seguir en la atención a un paciente con una patología determinada basándose en la mejor evidencia disponible y constituir un compromiso de cuidados por parte de la institución. Así, las vías proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica y recogen el número adecuado de actividades que se han de realizar.

Justificación: En la actualidad se llevan a cabo multitud de pruebas diagnósticas y terapéuticas no siempre pertinentes y cuya finalidad es proporcionar a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, suponiendo, en muchos casos, un aumento innecesario de riesgos y molestias para el paciente, así como un aumento de costes para la institución.

- Constituir una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación al proporcionar una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y del proceso de toma de decisiones a la luz de la información disponible hasta el momento.

Justificación: Uno de los objetivos de toda institución docente es proporcionar la formación de futuros profesionales basándose en una visión global y actualizada de los procesos de atención sanitaria.

- Formar parte de la historia clínica del paciente y ser un interesante documento de consulta para la revisión clínica.

Justificación: La mejora de las historias clínicas supone una buena herramienta de mejora de calidad al ser el registro de las actuaciones realizadas.

- Igualar las condiciones en las que se presta la atención hospitalaria, proporcionando un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas, haciendo comparables las situaciones de diferentes centros.

Justificación: Toda institución sanitaria ha de tener como objetivos últimos de su actividad no solo la asistencia al paciente, sino también la docencia y la investigación.

- Reducir la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación.

Justificación: Los efectos adversos de la hospitalización de un paciente derivan, en gran medida, del mero hecho de estar hospitalizado y de la instrumentalización a la que se ve sometido, por lo que estos se reducen al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se le realiza al enfermo.

- Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.

Justificación: La actual situación de reducción de gastos debido a la limitación de recursos para cubrir unas necesidades ilimitadas lleva a una racionalización de los gastos basada, entre otros, en una racionalización de los procesos.

6.2.3. Beneficios

- Reducen la diversidad no deseada en la asistencia de los enfermos, pues cada día tiene establecido lo que se le va a hacer al enfermo, evitando ineficiencias, información redundante y decisiones retrasadas o prematuras.
- Al identificar la participación de cada profesional en la atención del enfermo, se evitan roces en responsabilidades mal definidas y se mejora el ambiente laboral, con lo que se mejora el trabajo en equipo.
- Permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo ya con cierta precisión el momento del alta.
- Proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas por mala práctica, como cualquier otro acto de protocolización.
- Son una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación. Dan una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y especialmente del proceso de toma de decisiones, anticipando los puntos en los que estas deberán ser tomadas, a la luz de la información disponible hasta el momento.
- Son una valiosa forma de informar al paciente y a sus familiares. Les informa de lo que pueden esperar día a día y establece un compromiso de la institución con su atención y cuidado. Reduce la ansiedad por falta de

información ante los ingresos. Se puede aumentar la implicación del enfermo en la atención.

- Los documentos de la vía forman parte de la historia clínica del paciente y son fuente de datos para las revisiones clínicas y para la evaluación de la atención prestada, utilizando los indicadores que previamente se han establecido. Se fomenta la evaluación continua de la asistencia sanitaria.
- Permiten igualar las condiciones en las que se presta la atención hospitalaria, proporcionando un marco común adecuado para la investigación de la efectividad de las medidas, haciendo comparables las situaciones de diferentes centros.
- Reducen la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización e instrumentación, al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se le realiza al enfermo.
- Reducen los costes asociados a la estancia hospitalaria e instrumentación.
- Se implica a la organización, servicio clínico, en los procesos de mejora continua de la calidad.
- Es un ejemplo concreto de la implicación de los profesionales en el proceso de garantía de calidad.
- En la relación de los estudios referenciados en los resultados se pueden observar los beneficios concretos más destacables en cada vía clínica concreta.

6.2.4. Inconvenientes y/o dificultades

- Falta de cultura de trabajo en equipo multidisciplinar y de una filosofía de mejora continua.
- Dificultad en el desarrollo de la vía clínica, por falta de experiencia o por la innovación que conlleva.
- Resistencia al cambio de los profesionales, no acostumbrados a evaluación continua, por lo que se requiere un periodo de implantación.
- Dificultad de indicación en un determinado enfermo a adscribirle a la vía clínica.
- Dificultad en la elección adecuada del coordinador de la vía clínica, profesional comprometido en la implantación y desarrollo adecuado de esta.

6.2.5. Problemas

En la atención de los enfermos siguiendo las vías clínicas, uno de los problemas que pueden aparecer son las variaciones, diferencia entre lo realizado y lo proyectado o esperado; por lo tanto, es todo aquello que se realiza y no consta en la matriz de la vía, lo que está especificado en la vía y no se realiza y los sucesos adversos que ocurrieran.

Las causas pueden ser debidas a:

- El paciente, su comorbilidad, complicaciones esperadas, no consentimiento informado a la realización de una instrumentación o intervención.
- La familia, rechazo de una instrumentación y/o prueba, retrasos en el alta por problemas familiares.
- El personal clínico: reconsideración del caso tras nuevos datos clínicos. Posible mala indicación de la vía clínica, interpretación de situación clínica del enfermo.
- La organización de la institución: averías (*scanner*), no disponibilidad de recursos (cama de UVI, pruebas diagnósticas), retrasos al alta por no disponer de recursos para tratamiento ambulatorio.
- Suceso impredecible (por ejemplo, parada cardiaca).

Las variaciones deben ser detectadas precozmente por el denominado coordinador de la atención y han de reflejarse en la hoja de evaluación de la vía. Esta figura, que suele ser un médico o una enfermera, es la responsable de verificar que al enfermo se le realiza lo establecido en cada día, quedando plasmada esta actividad en una hoja de verificación.

6.2.6. Funciones del coordinador de la vía clínica

- Enseñar al resto de los profesionales el uso de los documentos de la vía clínica.
- Revisar diariamente a los enfermos introducidos en vía clínica.
- Explicar la vía clínica a enfermos y familiares.
- Analizar las variaciones y comunicarlas al equipo de profesionales.
- Llevar a cabo la mejora continua de la atención clínica mediante la modificación de la vía clínica.

Es fundamental el **análisis de las variaciones**, que conlleva los cometidos siguientes:

- Determinar y reflejar en la documentación la variación que impida el objetivo: salud y satisfacción del enfermo y familiar y satisfacción de los profesionales.
- Determinar la causa de la variación.
- Encontrar la solución o las soluciones a la variación.
- Analizar e investigar las variaciones que aparecen en el conjunto de enfermos atendidos durante el periodo de implantación.
- Redefinir la vía clínica, teniendo en cuenta la experiencia acumulada.

Las variaciones se han de clasificar en evitables, no evitables y mixtas. Asimismo, se han de agrupar en dependientes de la condición del enfermo, de la familia, del personal sanitario, de la institución u organización sanitaria.

Los datos necesarios para el análisis adecuado de las variaciones son los datos demográficos del enfermo, los diagnósticos secundarios o comorbilidades que pueden influir en la evolución, las causas de cada variación y los resultados clínicos, complicaciones y readmisiones que se verifiquen.

6.2.7. Evaluación y resultados

Se lleva a cabo mediante indicadores de grado de cumplimiento de la duración de la estancia, de la efectividad medida por la aparición de los efectos adversos, del grado de satisfacción y del cumplimiento económico, además de la valoración de las variaciones.

Se exponen los resultados obtenidos en diversos procedimientos, especificando autores, cita bibliográfica, procedimiento y resultados. Los resultados más destacados recaen en:

- Reducción de la duración de la estancia hospitalaria.
- Reducción de los costes, por adecuación de la instrumentación y disminución de los efectos adversos asociados a esta y/o reducción de la estancia.
- Aumento por lo tanto de la eficiencia y mejora de la comunicación, que implica la mejora en la satisfacción de los enfermos y de los profesionales.

7. Medición de la actividad y producción

7.1. Producto sanitario

Entramos ahora en la medición del producto sanitario y empezaremos por delimitar este concepto. Hay que dar sentido a las herramientas que vamos a conocer, que –partiendo de datos básicos de los pacientes y de información clínica– van a permitir su cuantificación y medida.

La cuestión de esclarecer qué es lo que produce la empresa sanitaria y cómo medirlo ha sido objeto de numerosos estudios, algunos de ellos muy relevantes. De todos ellos se deduce con total claridad que la verdadera dificultad del asunto reside no tanto en aprehender conceptualmente cuál es el producto (salud), como en fijar unidades de medida que expresen y resuman de manera adecuada el proceso global de su producción. Quizá la principal dificultad se centre en que se trata de una empresa de servicios, más que en otras particularidades.

La definición de una empresa de servicios no resulta fácil. Diversas aproximaciones, unas por exclusión y otras por diferentes valoraciones, resultan de escasa claridad, incluso animan a la confusión. Posiblemente una buena manera de enfocar el tema es por oposición al proceso industrial. Desde este punto de vista, R. Norman establece el siguiente decálogo sobre el producto de una empresa de servicios:

- 1) Tiene consecuencia, pero no tiene forma.
- 2) Es intangible.
- 3) Producción y consumo son hechos simultáneos.
- 4) No puede existir sin la participación del cliente.
- 5) La creación de valor a lo largo del proceso de producción tiene lugar por medio de instrumentos no inventariables o controlables.
- 6) Las perceptivas subjetivas desempeñan un papel básico en él.
- 7) Utiliza con intensidad los recursos humanos.
- 8) Clientes y empleados participan conjuntamente en su producción.

9) Es difícil asegurar en él estándares de calidad que sean consistentes debido a:

- Incertidumbre respecto a su rendimiento cuantitativo y cualitativo.
- Interacciones mutuas entre productores y clientes.
- Dificultad de utilización de mecanismos adecuados de control.
- Subjetividad con la que se percibe el resultado del proceso productivo.

10) Su presentación, además de una actividad económica, supone un sistema de relaciones sociales.

De la revisión de estas diferencias se puede desprender que desde el prisma del producto se produce confusión entre el producto realizado y la misión social o fin último de la actividad desarrollada.

Por eso en estas empresas, cuando se analizan, surge una realidad que C. Ahicart establecía como sigue:

“Los productos intermedios aparecen desligados del proceso de producción global sin que aparezca una vinculación clara entre los unos y los otros”.

Los componentes constantes de una atención sanitaria siempre serán la empresa (hospital), el trabajador (médico, sanitario) y el paciente (en ellos se concreta el resultado). Es clara la relación con los postulados de Donabedian (1966), que diseccionaba los servicios de salud para su evaluación en estructura, proceso y resultados.

Desde el punto de vista económico, una actividad es aquella que tiene por objeto la satisfacción de las necesidades humanas por medio de bienes escasos (económicos) susceptibles de usos alternativos (opciones).

El bien económico salud (necesario, escaso, que precisa de cuidados y trabajos) suscita en el individuo una apetencia cuya satisfacción implica tener que renunciar a otra suerte de satisfacciones, por lo que reviste las características de una auténtica necesidad económica. Ante esta decisión, el individuo valora en función del beneficio esperado y el coste. Como postula Drucker, el coste, que no equivale al valor de las cosas, es solo un factor limitador para el consumo. Llevando al final el concepto de compra en los servicios sanitarios, lo que se compra es información médica (profesional) bajo la forma de diagnósticos, tratamientos y/o cuidados especiales. Además, se caracteriza por el riesgo y la incertidumbre en la aplicación de esos conocimientos para la atención del individuo. Existiría por último un importante componente en la relación interpersonal entre el profesional y el paciente, que terminaría por configurar el producto.

En la empresa de servicios de salud concurren dos facetas fuertemente diferenciadas: el servicio-información (diagnóstico-proceso-curso clínico) y el servicio productivo (personal-equipamiento-tecnología). Si se presta a eso la debida atención, puede apreciarse que hay una faceta de servicios elaboradores de una producción tangible, que en cierta manera responden a un proceso de carácter industrial (los laboratorios, la radiología, la farmacia, la hostelería); y otra faceta de servicios que, tras una secuencia de actos clínicos trabados según procedimientos y actuaciones varias, proporcionan un producto total que responde a un mix de utilidades.

Es evidente que la mejor manera de medir el proceso productivo global sería la de medir cada uno de sus componentes (*outputs*) intermedios, pero ahí es donde se tropieza con la enorme complejidad de los pacientes para poder realizar medidas exactas. Es cierto, a su vez, que no hay dos pacientes iguales, del mismo modo que no existen dos personas iguales, pero seguro que sí hay grupos de pacientes que presentan características similares y que en conjunto pueden tener comportamientos parecidos.

En las empresas, para evaluar su producción, se han establecido líneas de productos intentando buscar similitudes para poder calcular sus costes. Se trataría de realizar el mismo proceso en la empresa sanitaria: buscar productos homogéneos para así poder conocer los verdaderos costes del proceso.

En el mundo sanitario, donde se ha llegado a un nivel de sofisticación y de complejidad organizativa enorme, esto reviste una importancia crítica. Es vital para una correcta gestión de los sistemas de salud la medida de sus productos intermedios. Creer que en todos los casos de la práctica médica se produce una correspondencia entre proceso y recurso es una ingenuidad, pero lo peor de todo es que tal correspondencia, velada por lo heterogéneo de la práctica médica, enmascara perfectamente lo que realmente debe medirse cuando se intenta aplicar una técnica de medición de mezcla de casos (*case mix*).

De esto lo que más interesa es anotar que en los productos intermedios, llamados genéricamente atención, cuidados o servicios sanitarios, concurren diferentes elementos de carácter industrial y de carácter puro de servicio que se entremezclan y vienen a confluír en la realización de unos productos claramente identificables. Estos son los que, debidamente homogeneizados, constituyen el campo para aplicación de las técnicas de medición del *case mix*.

La efectividad técnica y eficiencia en la exploración es lo que da como resultado la eficacia. Cuando se dice, y no sin razón, que la empresa sanitaria no es eficaz (económicamente) puede comprenderse ahora que la quiebra no puede estar más que en una insuficiente efectividad o en una deplorable ineficiencia del sistema de producción. No hay por tanto más remedio que entrar de

lleno en este terreno para equilibrar resultados con recursos aplicados. Para ello y con el fin de homogeneizar, se vio la necesidad de reducir el número de productos.

Existen distintos sistemas de clasificación de pacientes que, según los criterios utilizados, se han desarrollado con vistas a diferentes objetivos, a través de diversas metodologías y con distintos resultados. Ahora bien, ninguno de ellos puede ser utilizado si no se dispone rutinariamente de un completo conjunto mínimo básico de datos (CMBD) bien validados y un adecuado soporte informático.

Hablar de que se hace gestión en nuestro sector, sin disponer de herramientas que permitan conocer y cuantificar el producto, es una falacia. ¿Cómo se puede gestionar una empresa de la que no se sabe lo que hace?

7.2. Herramientas de *case mix*

Centrado ya el tema del objeto de medida, sabemos que en su esencia los productos intermedios que vamos a medir son las altas hospitalarias, que son el resultado tangible más alto que podemos obtener por agregación de otros productos intermedios, tanto tecnológicos como de información. Ahora vamos a realizar un pequeño repaso a las diferentes herramientas de agrupación que existen.

En su formulación y dependiendo de la razón de su diseño se han seguido básicamente dos caminos:

- Grupos de pacientes con similitud de consumo de recursos (**ISO-CONSUMO**).
- Grupos de pacientes con similitud de situación clínica (**ISO-GRAVEDAD**).

Se opte por un sistema u otro, lo cierto es que no cabe obviar un sistema de clasificación de pacientes que permita homogeneizar unos indicadores con los que teniendo en cuenta la casuística de los pacientes atendidos se pueda valorar el funcionamiento de los servicios sanitarios. La opción no debe ser ajena al objetivo perseguido. Así, por ejemplo, los sistemas basados en el consumo y relacionados con el alta del paciente pueden ser más útiles para el pago de servicios, mientras que los basados en la gravedad del paciente al ingreso quizá sean más útiles para la planificación de cuidados.

7.2.1. Sistemas basados en el estado del paciente

1) **Disease Staging (DS)**: Fue desarrollado por Gonella a principios de los ochenta a partir del concepto clásico del desarrollo de la enfermedad por diferentes estadios. El método de construcción se estableció a partir de unos paneles de expertos que tenían que clasificar las distintas patologías en estadios sucesivos.

- **Estadio 1**: Sin complicaciones, severidad mínima.
- **Estadio 2**: Manifestaciones en un órgano o sistema, pero mayor riesgo de complicaciones que en el estadio 1.
- **Estadio 3**: Afectación de diversos órganos o sistemas.
- **Estadio 4**: Defunción.

Los estadios son específicos para cada diagnóstico, es decir, se desarrollan para cada enfermedad. En el caso de multipatología se determina el estadio de cada una de ellas y hay un sistema de cálculo matemático del índice medio de gravedad.

Cuenta con más de 10.000 posibilidades. Para un solo proceso se pueden utilizar varios. Necesita la participación de expertos y tiene un gran carácter subjetivo. Puede complementar otros sistemas, como los GRD, para explicar costes marginales de *outliers*.

2) **Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE IV)**: Diseñado por Knaus en 1981, la versión II es de Wagner y Draper en 1984. Con valor pronóstico muy utilizado en unidades de cuidados intensivos, tiene un fuerte componente predictivo con relación al pronóstico. La construcción es muy similar al anterior, a partir del criterio médico, establece un orden según doce variables fisiológicas (Acute Phisiology Score), y fue completado con una evaluación de las enfermedades crónicas al ingreso (Chronic Health Evaluation). Se obtiene finalmente un valor, hasta un máximo de 71 puntos, que puede ser utilizado en cualquier momento del ingreso. Requiere la revisión de la historia clínica por un experto y se debe realizar en las primeras 24 h del ingreso. Es independiente del diagnóstico del paciente al ingreso.

3) **Severity Index (SI)(CSI)**: Desarrollado por S. Horn en la Universidad John Hopkins, se basa en una evolución del AS-Score desarrollado en Baltimore. En este caso, aun siendo una clasificación de isogravedad, pretende también realizar una aproximación predictiva al consumo de recursos.

- Utiliza siete parámetros (estadio del diagnóstico principal, comorbilidades, grado de respuesta al tratamiento, complicaciones, afectación residual, de-

pendencia de enfermería y procedimientos no quirúrgicos), en cada uno de los cuales hay cuatro grados de gravedad creciente.

- Dispone de 700 condiciones de enfermedad; la composición para cada paciente es la ponderación de todos los grados para cada patología o estado que se valore.

4) Medis Group II: Similar a los anteriores, pretenden medir el potencial de fallo de un órgano y la probabilidad de respuesta a un tratamiento para evaluar la calidad del cuidado. Se categoriza al paciente en cinco grupos de severidad del 0 al 4, basado en el potencial de fallo del órgano y posibilidad de responder al tratamiento. Se construye a partir de hallazgos clínicos objetivos obtenidos en las primeras 48 horas de hospitalización del paciente. Se identifican hallazgos clínicos clave para un conjunto de 200 pruebas, procedimientos y signos vitales del registro del paciente. Se va repitiendo a lo largo del ingreso para evaluar la respuesta al tratamiento. Se debe utilizar sobre otro sistema de agrupación de patologías.

7.2.2. Sistemas basados en consumo de recursos

1) Patient Management Categories (PMC): Se desarrolló en el departamento de investigación de una empresa aseguradora y surgió nuevamente basándose en paneles de expertos, pero en este caso se intentaban establecer grupos homogéneos respecto al proceso de cuidados hospitalarios deseables o ideales. Realiza mucho énfasis en el tratamiento y los cuidados homogéneos de los pacientes. Para su construcción se precisa la participación de expertos, es de asignación múltiple, dispone de 831 grupos que se pueden combinar luego entre ellos, al ser de asignación múltiple. Se considera como PMC principal el que soporta la mayor gravedad del paciente o de mayor dificultad de proceso. Al final al paciente se le asigna un peso relativo, del resultado de la ponderación de los diferentes pesos de los PMC que compongan su caso.

Siempre se han considerado como los más asequibles para el clínico, pero la dificultad de establecer las vías de cuidados estandarizados y la complejidad de su utilización posterior los han ido relegando del mercado. En la actualidad ya no se mantienen.

2) Diagnosis Related Groups (DRG): Los grupos relacionados para el diagnóstico constituyen en este momento la herramienta de *case mix* más utilizada a escala mundial. En nuestro país es la base del sistema de información de casuística del Ministerio de Sanidad y Consumo, de aplicación en todo el territorio. Dada su importancia la desarrollaremos en apartados aparte.

3) Resource Utilization Groups (RUG, RUG II, RUG IT18, RUG III): Ya desde los primeros momentos de utilización de los DRG se observó que en el caso de pacientes asistidos en centros de media y larga estancia su funcionalidad y capacidad para interpretar los costes era muy baja. El motivo se centra en que

en su composición una de las variables principales es la estancia del paciente en el hospital y en menor grado sus cuidados. En estos centros la estancia depende mucho del grado de dependencia del paciente y este es el que marca el peso en costes de su cuidado. En estos centros desde hace años se utilizan escalas para valorar el nivel de actividades de la vida diarias (AVD).

Esta herramienta se desarrolló en la Universidad de NY en el Department of Health Resealed Polytechnic Institute y por la HCFA (Health Council Federal Association) para intentar dar respuesta a los problemas antes mencionadas, Se basa en sistemas de clasificación de los pacientes al ingreso por grados de dependencia, básicamente en el índice del Katz. Consta de dieciséis categorías de puntuación sobre la base de la cantidad de asistencia requerida en AVD y de carácter clínico. Se pueden subdividir en características: clínicas, rehabilitadoras, cuidado especial, problema de conducta severo, deterioro cognitivo, funcionamiento físico reducido. Para su clasificación se utiliza un protocolo (PRI) de cuatro páginas que se debe realizar diariamente; se basa en el tiempo de cuidados.

7.3. Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)

Esta herramienta se desarrolla en la Universidad de Yale (Estados Unidos) a mediados de los años sesenta y desemboca en la construcción de los GRD por Fetter y sus colaboradores a principios de los años ochenta. Estos primeros GRD, publicados en los años ochenta, estaban construidos sobre una base de datos de 702.000 registros hospitalarios de New Jersey y Conneticut. Se codificaron en IDC-8 y dieron lugar a 382 grupos. Posteriormente, con la adopción de la IDC-9-MC, se construyó un nuevo conjunto de grupos hasta el número de 470. Para esta nueva versión se utilizó cerca de un millón y medio de registros de 323 hospitales. La revisión se publicó en 1991 por la HCFA e incluía ya 490 registros.

El objetivo de los autores en la construcción del GRD fue la definición de tipos de casos con un previsible consumo similar de recursos durante su ingreso. Debía ser comprensible para médicos y no médicos. Se definieron los siguientes requisitos.

- 1) Tenía que ser médicamente interpretable, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas. Es decir, una vez presentadas a los médicos, estos deberían ser capaces de relacionar los pacientes de cada clase con un patrón determinado de procesos hospitalarios.

- 2) La clasificación tendría que obtenerse a partir de la información comúnmente disponible en los hospitales.

3) Tenía que haber un número final de clases limitado, preferentemente unos pocos centenares, que fueran exhaustivos y mutuamente excluyentes. En este sentido se fijó como número límite 500 grupos.

4) Cada clase debía contener pacientes con un consumo esperado de recursos hospitalarios similar.

5) La definición de las clases debía ser comparable a través de diferentes sistemas de codificación.

Se trabajó en dos líneas simultáneas: por un lado, a través de paneles de expertos se diseñaron las categorías diagnósticas mayores (CDM) para asignar un DCM a cada uno de los diagnósticos de la ICD-9-MC y para establecer una jerarquía entre los procedimientos quirúrgicos dentro de cada categoría.

Conjuntamente se realizaron análisis estadísticos para intentar agrupar las patologías, los resultados se volvían a presentar a los expertos y se repetía el proceso.

El primer paso fue clasificar los diagnósticos incluidos en la CIE-9-MC exhaustivamente en categorías diagnósticas mayores (CDM) mutuamente excluyentes para garantizar el significado clínico de las subdivisiones posteriores.

El algoritmo de clasificación de pacientes incluía los siguientes pasos en su primera versión.

Con posterioridad, se añadieron categorías para atender la patología perinatal y para el síndrome de inmunodeficiencia humana. También se añadieron subclasificaciones para evaluar la severidad, dividiendo cada GRD en cuatro. Son los llamados GRD refinados. En la actualidad se manejan dos versiones de GRD, los AP (*all patients*) y los HCFA (pago del Medicare). Los AP presentan un mayor número de grupos (620) y se centran en precisar más el tratamiento de la patología perinatal y la incorporación de nuevos grupos independientes del diagnóstico para la agrupación de patologías mayores. En el caso de los refinados, puede llegar hasta 1.437 subclasificaciones.

Para la construcción del GRD, siguiendo los postulados iniciales, solo se precisa:

- 1) Fecha de nacimiento.
- 2) Sexo.
- 3) Fecha de ingreso, alta e intervención.
- 4) Tipo de alta (domicilio, *exitus*, otro hospital, etc.).

5) Diagnóstico principal.

6) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

En la actualidad el agrupador antes de llegar al procedimiento antes explicado de agrupación realiza una agrupación previa de procesos de gran consumo de recursos que no incluye en las categorías generales.

En el trabajo del agrupador se pueden producir supuestos que no pueda controlar por falta de información o por información contradictoria. Estos son los llamados GRD erróneos y son:

- 470 No agrupable.
- Código de diagnóstico principal en blanco o no válido.
- Incongruencia entre el sexo y el diagnóstico principal.
- Edad no válida (> 124 años).
- Campo sexo en blanco.
- Tipo de alta en blanco.
- Fecha de nacimiento en blanco.
- 469 Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.
- Diagnóstico neonatal en paciente de más de 20 días (M Hialina).
- 468 Procedimiento quirúrgico extensivo no relacionado con el diagnóstico principal. No necesariamente erróneo. Paciente que ingresa con IAM y que en su ingreso presenta una apendicitis y se le interviene.
- 476 Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con el diagnóstico. No necesariamente erróneo.
- 477 Procedimiento quirúrgico no extensivo, no relacionado con el diagnóstico principal. No necesariamente erróneo.

Conocido su funcionamiento, hablaremos de su utilidad. La principal es la medida del producto hospitalario, como ya hemos comentado, pero ¿cómo cuantificar su medida? Para poder realizarla se investigaron varios índices, conocidos genéricamente como de *case mix*. En función de su utilidad y solo a modo de ejemplo, existen: el índice de recursos requeridos (Ament, 1976), el índice ponderado de gastos (Watts y Klastorin, 1980), el índice de gravedad del *case mix* (Hombrook y Goldfarg 1981) y el sin duda más conocido, el de

Medicare de Estados Unidos, que se utiliza para el pago prospectivo de este modelo de aseguramiento. Este índice dio pie a lo que ahora llamamos peso del GRD, y para su cálculo se utilizó:

- El coste/día en una cama de hospital semiprivada de Estados Unidos.
- El coste/día de una cama de intensivos (camas especiales).
- Coste más relevante, ratios de gasto de los departamentos de enfermería.

Realizaron correcciones en función de la docencia y revisaron luego nuevamente las financiaciones y las probaron en más de 5.000 hospitales, revelando un grado de correlación en la asignación de recursos del 0,93 para los hospitales urbanos y de un 0,78 para los rurales. Así, se demostró como herramienta útil para la asignación prospectiva de recursos.

En los años ochenta en Estados Unidos se realizaron diversos estudios sobre la calidad de los registros y se llegaron a encontrar diferencias de hasta un 40,4% en asignación de GRD por defectos en la información. También se evidenció que, por necesidades de caja, al emitir informes de codificación con mucha premura se producían sesgos muy importantes en los resultados (Barnard y Esmond, 1980).

En España, dentro del proyecto Signo y posteriormente en el Coste por proceso, se intentó evaluar este mismo sesgo en un modelo de auditoría tipo *peer-review*, que estableció sesgos de hasta el 25% en la asignación de códigos de diagnóstico principal.

¿Que más utilidades nos pueden dar los GRD?

1) Describir la casuística que atiende el hospital

Composición de casuística, cuál es el ABC asistencial, dónde se centra nuestra producción, al nivel de números de actividad.

Dado que cada grupo tiene asignado como antes comentábamos un peso relativo, podemos saber:

- Nuestra media de pesos. **Peso medio**, índice *case-mix* para la terminología de Estados Unidos y del Ministerio.
- Nuestra producción en **unidades de producción hospitalaria**. Resulta de multiplicar el peso medio por el número de altas y da una medida del consumo de recursos. Esta es la herramienta que se utiliza actualmente para el pacto de financiación dentro de los contratos de gestión en el INSALUD y muchas de las comunidades autónomas actuales.

2) Ofrecer parámetros de calidad sobre la atención realizada

Cada GRD se puede analizar en función de su tasa de mortalidad, altas voluntarias, edad media, estancia media, estancia media preoperatoria si es quirúrgico, etc.

3) Indicadores de comparación sobre funcionamiento

Cada grupo lleva asociado a su vez un estándar en funcionamiento, resultado de la explotación del mismo centro en su histórico o de una base de datos de varios hospitales, de una comunidad o de un país. Desde esta vertiente se puede analizar el comportamiento del hospital frente a esos estándares. Para realizar dicha comparación y por evitar sesgos se eliminan los casos extremos (*outliers*). Dentro de los extremos estarán las estancias 0 de pacientes que no son *exitus* o traslado de hospital, y aquellos que superan en estancia media el P75 y un factor corrector que valora la dispersión ($1,5 * (P75 - P25)$).

1) Estancia media ajustada al funcionamiento (EMAF): Estancia media del hospital si hubiera trabajado como el estándar. Composición de casuística del hospital y estancia media del estándar, responde a la duda sobre si mis pacientes están más malitos.

2) Estancia media ajustada por la casuística del estándar (EMAC): Estancia media que hubiera tenido el hospital si hubiera tenido la casuística del estándar. Es que los estudio mejor.

3) Índice de complejidad (IC): Nos compara, a igualdad de funcionamiento, la casuística de nuestro hospital con la casuística del estándar. Si el IC es mayor que 1, nuestro hospital atiende una casuística más compleja. Si el IC es menor que 1, nuestro hospital atiende una casuística menos compleja ($EMAF/EM\ s$).

4) Diferencia de complejidad: Representa la diferencia entre la estancia media del hospital y la estancia media del estándar debida a las diferencias de casuística ($EMAF - EM\ E$).

5) Índice funcional o de funcionamiento (IF): Razón entre la estancia media ajustada por *case mix* y la estancia media del estándar. Da información sobre el patrón funcional del hospital respecto al estándar; cuando es superior a 1 habla de que el hospital es menos eficiente que el estándar ($EMAC/EM\ s$).

6) Índice de estancia media ajustada (IEMA): Es importante porque lo usa el INSALUD para el seguimiento de la eficiencia de los centros. Se pacta en contrato de gestión. Establece la relación entre el funcionamiento del hospital y el funcionamiento del hospital con la estancia media del estándar. No está claro que ofrezca mejoras sobre el IF. Valores por encima de 1 establecen un peor funcionamiento del hospital ($EM\ h/EMAF$).

7) **Diferencia de funcionamiento:** Depende de la fuente consultada se da una fórmula u otra. Para el INSALUD sería $(EM\ h - EMAF)$ y para otras referencias (M. Casas) se trataría de $(EMAC - EM\ s)$. Representa la diferencia entre la estancia media del hospital y del estándar debida al funcionamiento.

8) **Estancias ahorradas:** Sumatorio de la diferencia de estancias medias siempre que el resultado sea negativo $(EM\ h - EM\ s < 0)$ por el número de altas.

9) **Ingresos potenciales:** Relación entre el total de estancias ahorradas y la estancia media del hospital $((EM\ h - EM\ s)/EM\ h)$.

10) **Estancias potencialmente evitables:** Sumatorio de las diferencias de estancias medias siempre que el resultado sea positivo $(EM\ h - EM\ s > 0)$ por el número de altas.

11) **Ingresos potenciales:** Relación entre el total de estancias evitables y la estancia media del hospital $((EM\ h - EM\ s)/EM\ h)$.

7.4. La medida del producto ambulatorio

Durante estos mismos años, en los que se estaban desarrollando estas herramientas de medida del producto sanitario y seguramente como consecuencia de ellas, pero también por el consenso sobre la imperiosa necesidad de contener la tendencia en el crecimiento en el gasto sanitario, y gracias al desarrollo de la tecnología médica y la de la industria farmacéutica, hemos asistido a un marcado crecimiento de la actividad sanitaria ambulatoria.

Nos encontramos, por tanto, ante el crecimiento progresivo y mantenido de la atención ambulatoria, pero sin embargo nuestros sistemas de información siguen mirando principalmente a la atención del paciente hospitalizado.

La información que actualmente disponemos en relación con la atención en las consultas del hospital (paradigma de la atención ambulatoria especializada) está basada en unos pocos datos de actividad cuantitativa (número de visitas y su distribución según tipos aparentes) con definiciones y modelos de análisis muy poco útiles para su planificación, gestión clínica y evaluación. En definitiva, nos encontramos igual, o incluso por debajo, del nivel de conocimiento que teníamos al comienzo de los años ochenta sobre el paciente hospitalizado.

Existen obstáculos metodológicos, organizativos y tecnológicos:

1) El concepto de unidad de medida y análisis. Así como en el paciente ingresado existe un consenso total en considerar como unidad básica de análisis al proceso de curación de un paciente desde que es ingresado hasta que se le da de alta, en el ámbito ambulatorio la unidad básica de medida es de más difícil elección. El concepto visita parece que se va consolidando en este sentido, pero su definición todavía está sujeta a discusión, ya que puede incluir

desde el servicio asociado a una sola consulta, a todos los servicios asociados a una determinada consulta de un paciente, o toda la asistencia ambulatoria recibida por una persona durante un periodo de tiempo.

2) El modelo de datos: La falta de consenso entre diferentes organismos sobre el establecimiento con carácter de mínimo exigible de un conjunto de datos suficientes con definiciones precisas. Esta falta de acuerdo ha venido provocada por la dificultad ya comentada de elección de la unidad de análisis, pero sin duda también por la heterogeneidad de situaciones clínicas y/o administrativas que se producen en el curso de la atención en consultas a cualquier población.

3) La abundancia de hechos sanitarios que anualmente se producen bajo esta modalidad en cualquier hospital y que provoca que la cantidad de datos que finalmente es necesario registrar, almacenar, elaborar y resumir supere con creces los límites de disponibilidad y el coste de transacción al que ya estamos acostumbrados para los pacientes hospitalizados.

4) El retraso en el desarrollo y soporte informático del que los hospitales disponen para esta modalidad de atención.

A pesar de todo ello, se observan tímidos avances:

El Gobierno Americano (HCFA) firma un contrato con 3M para desarrollar el sistema de clasificación de pacientes ambulatorios (APG). En 1990 finaliza el desarrollo del sistema APG (version1.0). En 1995 el Congreso Americano recomienda el uso de los APG y en 1997 aprueba el uso de los APG (versión 2.0) como sistema de pago para cirugía mayor ambulatoria a partir de 1998. A partir del año 2000 está prevista su generalización a las consultas externas. Los APG son un sistema de clasificación de pacientes diseñado para explicar la cantidad y el tipo de recursos utilizados en una visita ambulatoria. Los pacientes asignados a un mismo APG son clínicamente coherentes y consumen recursos equivalentes. Los APG fueron desarrollados como un sistema capaz de describir a todos los pacientes tratados de una manera ambulatoria.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, bajo la coordinación de la Subdirección General de Programas, ha elaborado una propuesta de Conjunto Mínimo de Datos Básicos para la atención ambulatoria con el objetivo de iniciar la recogida de datos de actividad de esta modalidad de atención bajo este nuevo modelo.

A pesar de este enfoque posibilista y estos tímidos pasos comentados, las dificultades son grandes. Nos hemos referido a un agrupador, no el único y no hemos hablado de su fuente. Como sabemos, la CIE-9-MC no es una buena

herramienta de codificación para la atención ambulatoria. Ya resulta difícil su utilización para los diagnósticos pero en el caso de los procedimientos su utilización resulta muy pobre.

En esta línea existen ya grupos de trabajo intentando trabajar con otra herramienta de codificación, el CPT 4 (Current Procedural Terminology) de la American Medical Association. Este sistema se utiliza en Estados Unidos entre otras cosas para tarifar consultas privadas. No es de uso libre y resulta de difícil manejo. Dispone de más de 40.000 entradas.

Como comentario, existen otros sistemas de agrupación, de los que quizá destacaríamos los AVG (Grupos de Visitas Ambulatorias), que consta de 570 grupos y también se basa en la CIE-9-MC y en el CPT 4. Utiliza siete variables para clasificar: diagnóstico principal, procedimientos, edad del paciente, sexo del paciente, condición de la visita, disposición de la visita y razones suplementarias para la visita. Dispone de 19 categorías mayores de agrupación, previas a la asignación del AVG. Por las pruebas realizadas en Estados Unidos tiene dificultades para explicar de forma sólida los gastos de la atención ambulatoria. Se ha utilizado en atención primaria en Cataluña y en Andalucía.

De los APG, cabe comentar que constan de 297 grupos, de los cuales 145 son de procedimientos, 80 médicos y 72 auxiliares. Para cada visita pueden existir varios.

Glosario

APG *m* Sistema de clasificación de pacientes diseñado para explicar la cantidad y el tipo de recursos utilizados en una visita ambulatoria. Los pacientes asignados a un mismo APG son clínicamente coherentes y consumen recursos equivalentes. Los APG fueron desarrollados como sistema capaz de describir todos los pacientes tratados de una manera ambulatoria.

gestión clínica *f* Herramienta que consiste en gestionar los centros y las unidades asistenciales basándonos en la doble premisa de considerar al paciente como el eje de la organización asistencial y conseguir la participación activa de los profesionales en la consecución de los objetivos de la institución.

gestión por procesos *f* Herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad total en un entorno de las características mencionadas, que procura asegurar de manera rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.

plan de cuidados de enfermería integrado (PCEI) *m* Herramienta propia de la organización de enfermería, sigue como modelo base el proceso de atención de enfermería (PAE), que incorpora los principios de un instrumento de la calidad total: la gestión basada en la actividad (ABM), de manera que pretende estandarizar los cuidados que deben proporcionar los profesionales de enfermería y basarlos en los atributos del valor de la actividad.

proceso *m* Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requisitos del cliente al que va dirigido.

reingeniería de procesos *f* Acción de realizar una revisión fundamental y rediseñar de forma radical los procesos, con el objetivo de obtener grandes mejoras del rendimiento. En teoría, es posible rediseñar los sistemas operativos instalados e incluso perfeccionados desde hace tiempo para hacerlos más eficaces.

vía clínica *f* Herramienta para facilitar la atención sistemática y multidisciplinar del paciente. No reemplaza el juicio clínico de los profesionales ante el paciente particular que se está atendiendo. Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios, como los de los enfermos y los de los gestores.

Bibliografía

Asenjo Sebastian, M. A. (1999). *Las claves de la gestión hospitalaria*. Barcelona: Gestion 2000.

Asenjo Sebastian, M. A. (2004). *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Masson.

Asociación Española de Cirugía. *Gestión clínica en cirugía*. Madrid: Aran.

Bladé Creixenti, J.; Pascual Moron, I. y otros (2006). "Impacto en los resultados de salud cardiovascular de la implantación del contrato de Dirección Clínica en atención Primaria de Tarragona". *Atención Primaria* (núm. 37(1), pág. 51-55).

Departamento de Sanidad Gobierno Vasco (1997). *Contrato de Gestión Clínica*. Vitoria.

Jiménez Jiménez, J. (1997). *Manual de Gestión para jefes de servicio clínicos*. Madrid: You & Us.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Plan de Calidad para el SNS*. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estudio nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005*. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS. Manual Metodológico*. Madrid.

Mora Martínez, J. R. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión clínica por procesos*. Madrid: Diaz de Santos.

Organización Mundial de la Salud (WHO) (2007). *Reto mundial en pro de la Seguridad de Pacientes 2005-2006. "Una atención limpia es una atención segura"*. Madrid MSC.

Rivera, J.; Gutiérrez Fuentes J. A. y otros (2005). *Gestión en el Sector de la Salud*. Madrid: Ed. Pearson.

Ruiz Iglesias, L. (2004). "¿A qué nos referimos cuando hablamos de Gestión Clínica?". *Investigación Clínica y Farmacéutica* (núm. 1 (4), págs. 24-34).

Ruiz Iglesias, L. (2004). *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamerica de España, S.A.U.

Temes Montes, J. L.; Mengibar Torres, M. (2007). *Gestión Hospitalaria*. Madrid: McGraw-Hill/Interamerica de España, S.A.U.

Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Diaz de Santos.

Villalobos, J. (2007). *Gestión Sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill/Interamerica de España, S.A.U.