

Gestión Clínica

Delfi Cosials i Pueyo

TGAS (Técnico en gestión y administración sanitaria)

Cirugía. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Resumen

El actual modelo de gestión "industrial" hospitalaria prácticamente ha agotado su capacidad de optimización; para avanzar en la eficiencia es necesario un impulso que provenga del núcleo del trabajo clínico y que la organización y la estructura directiva se adapten.

Hablar de cambios en un Hospital es crítico: la incertidumbre se tolera mal.

En el artículo se plantea que los cambios en las organizaciones, luego de un profundo análisis de motivación y de necesidad, han de ser abordados por profesionales reconocidos: conocimiento, habilidad, madurez y compromiso.

El ciudadano sigue identificando al médico y a la enfermera como a sus interlocutores; parece razonable que, por todo ello, sean estos quienes lideren los cambios propuestos de forma participativa, progresiva, firme y, sobre todo, con contenido.

Se incorporan al diagnóstico las expectativas de los profesionales y las del ciudadano para, a continuación, proponer el avance hacia una línea de decisión basada en el conocimiento del proceso clínico (continuum asistencial) y hacia una organización en redes estratégicas de conocimiento (relaciones cliente/proveedor) en base a un conjunto de medidas organizativas que lo faciliten situando a cada figura profesional en el lugar adecuado dentro de este marco.

Este planteamiento evita la incertidumbre, facilita la estabilidad y permite avanzar firmemente al definir claramente el objetivo a lograr.

Soslaya, también, alguno de los "problemas" éticos actuales del profesional sanitario aunque pueda plantear conflictos estructurales a la dirección.

La confianza, la comunicación, la integridad y la honestidad mutua de los profesionales implicados en la gestión clínica le dan consistencia y solidez.

Palabras clave: *Gestión Clínica, Sistema de Información Hospitalario, Profesionales, Función directiva*

Abstract

Today's "industrial" hospital management model has practically exhausted its optimization capacity. In order to advance on efficiency it is necessary an impulse from the clinical work nucleus and the adaptation of the organization and its directive structure.

Talking about changes in hospitals is critical: uncertainty is bad tolerated. After a deep analysis of professional motivation and their needs, in this paper it is posed that change at organizations must be undertaken by known professionals: knowledge, ability, maturity and compromise.

Citizens keep on identifying doctor and nurse as their speakers: that's why they should be the ones who leader these changes in a participant, progressive and firm way and, of course, with contents. Professional and citizen expectations are incorporated into diagnosis in order to advance in taking decisions, based on knowledge of clinic process (continuum asistencial), and going to an organization of knowledge strategic nets (customer/supplier relationship). All that as a group of organizing measures to make easy to place each professional figure in its right place.

This planning avoids uncertainty, stabilizes and allows advancing securely to define clearly the aim to achieve.

Some ethical problems of health professionals are eluded although it could create conflict in management structure.

Trust, communication, integrity and honesty among clinical management professionals gives consistency and solidity to this change.

Key words: *clinical management, hospital information system, professional, management function.*

Introducción

Los cambios en las organizaciones deben ir precedidos de un profundo análisis de su motivación y de su necesidad, evitando la frivolidad y yendo más allá de la superficialidad.

Han de abordarlo profesionales con un profundo compromiso –y con una relación continuada– con su organización.

Cualquier cambio es mal percibido, complejo y, en ocasiones, doloroso; no

puede ser abordado alegremente. No se puede imponer.

Al plantearlo hemos de valorar el grado de madurez de la organización y de sus profesionales.

Hay que identificar con claridad qué, cómo, para qué, para quién y con quién vamos a intentarlo.

Si ese “quién” lo vive como una situación ventajosa e interesante, está de acuerdo y asume el riesgo, avanzará; la

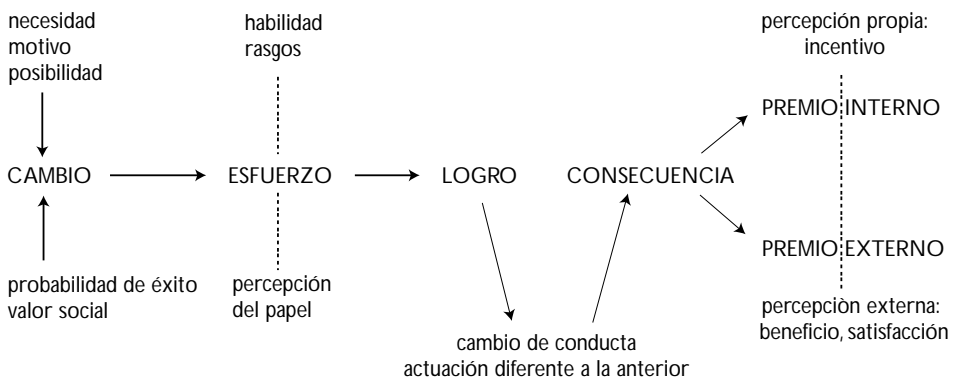


Figura 1. Ciclo del cambio.

organización lo aceptará si percibe un beneficio futuro o un nuevo proyecto institucional.

El ciclo de cambio se dibuja en la figura nº 1.

Estas observaciones son críticas en un Hospital. Los clínicos toleran mal la incertidumbre y los cambios; la prudencia propia de la profesión, la necesidad de estabilidad en la práctica, el escepticismo y la necesidad de control de su tarea y las experiencias, no siempre afortunadas, no ayudan.

El avance del modelo organizativo y del directivo asociado, propio de cualquier cambio, ha de ser firme y con contenido.

Es fundamental la confianza, la comunicación, la integridad y la honestidad de los profesionales implicados tanto en la propuesta como en su desarrollo y en su seguimiento.

Etimológicamente, el término Gestión Clínica es redundante. El concepto "clínico", además de a la relación médico/enfermo, hace referencia a la necesaria "gestión" que el médico hace de ese enfermo y de lo que necesita para atenderle. Otros términos podrían expresarlo mejor: si gestionar es sinónimo de intentar, resolver o solucionar en un nivel operativo y expresa jerarquía profesional, decidir lo es de conducir, guiar,

ayudar, orientar o administrar expresando jerarquía funcional; es una función superior.

Motivos por los que hablamos de "Gestión clínica"

El actual modelo de gestión "industrial" –productiva– hospitalaria prácticamente ha agotado su capacidad de optimización; para avanzar en la eficiencia necesita un nuevo impulso y entrar en el núcleo de su trabajo: el proceso clínico.

El modelo industrial tiene su ámbito de desarrollo en la periferia del trabajo asistencial y está centrado en el uso eficiente de los recursos.

Por otro lado, al preguntarnos cómo llevamos a cabo nuestra tarea tenemos una cierta sensación de incomodidad: no estamos seguros de estar proporcionando al cliente externo –ni al interno– algo cercano a sus necesidades y a sus expectativas que no son sólo de excelencia técnica o tecnológica o de conocimiento sino también de información, de comunicación, de trato, de "servicio post venta", ...

Hemos de renovar el contrato de expectativas de los Hospitales con los clientes (Figura nº 2).

La sociedad nos plantea nuevas demandas que no pueden ser gestionadas en solitario con el modelo productivo, sino que deben serlo desde una perspectiva

más amplia: el servicio, sus expectativas, los resultados, la información, ...; y esto sólo se puede hacer desde el núcleo clínico (Figura nº 3).

La sociedad no desea que cambie su modelo de cobertura sanitaria pero sí que el dinero que se destina a ella sea

gestionado del modo más eficiente posible. Esta búsqueda social de la eficiencia forma parte de su sistema de valores. Su falta atenta contra el principio de equidad del modelo. Así, es necesario desarrollar la ética de la eficiencia no sólo institucional sino también social.

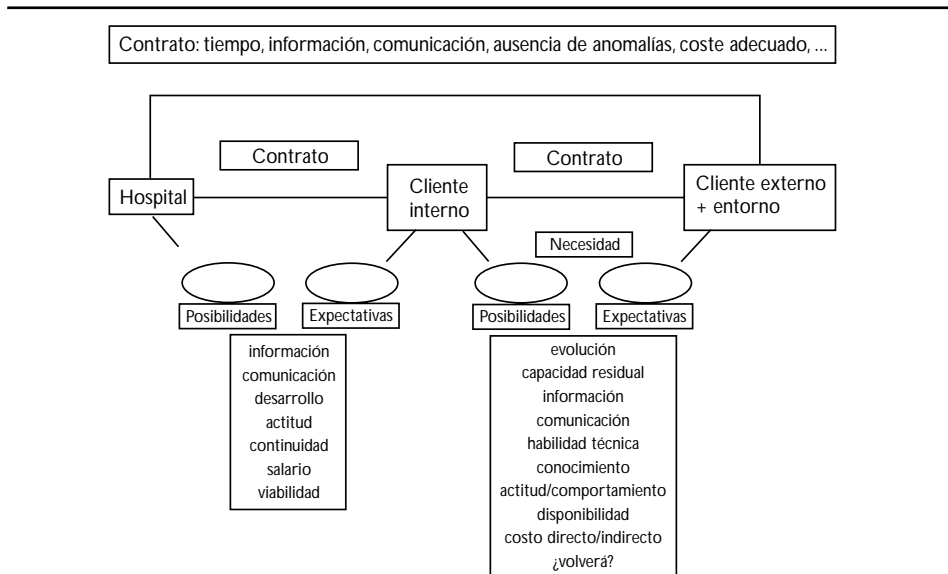


Figura 2. El contrato de expectativas entre los diferentes actores del proceso asistencial.

(A1) outputs intermedios (productos) = ((suma de outputs organizativos)+(suma de outputs básicos (prestaciones))+ valor añadido organizativo)

(A2) output final (servicio)=(suma de outputs intermedios + valor añadido clínico)

(A3) Valor añadido clínico=(valor añadido médico*** + valor añadido*** de enfermería)

*** conocimiento, empatía, información, comunicación, continuidad, disponibilidad, ...

Figura 3. ¿Qué ha de ofrecerle el Hospital a su cliente externo y a su entorno?

El ciudadano sigue identificando al médico y a la enfermera como sus interlocutores; y hacia ellos dirige sus expectativas. Hemos de reforzar el contrato de expectativas del ciudadano con los profesionales y con la institución (Figura nº 4).

Para hacer frente a estos planteamientos, hay que ir desde la actual línea de decisión técnica del modelo productivo hacia la de decisión personal e individual del modelo clínico y desde el sistema divisional imperante en este momento a la organización en redes estratégicas de conocimiento.

Sólo pueden hacerlo con garantías y desde la perspectiva del conocimiento los clínicos. Por otro lado, quien mejor gestiona un proceso es quien lo conoce: en este caso, el médico y la enfermera

La "gestión clínica" reconoce esta realidad y le da forma, permitiendo profundizar en la cultura de la eficiencia y en la de la información e iniciando el desarrollo de la clínica. La cargan de contenido sus resultados junto al valor añadido y a

las sinergias que le proporciona la organización permitiendo el avance desde el modelo de gestión gerencial al clínico.

El contrato de expectativas entre los diferentes actores del proceso asistencial se dibuja en figura nº 2.

Para ello, los clínicos deben trabajar con una visión integradora, plurifuncional y multidisciplinaria –basada en el conocimiento clínico–, con una actitud positiva, una aptitud superior respetando el marco legal y el profesional.

La sedimentación de la tradición, las costumbres, los hábitos, las relaciones, la forma de vida, la adición exponencial físico-química de sus diferentes personalidades y los avatares que le han ocurrido crean y mantienen una manera de ser y una razón de actuar propia con la que se **identifican** cómodamente sus componentes y con la han de hacerlo los nuevos profesionales que llegan al centro: la cultura hospitalaria: ideas y propósitos.

Las insatisfacciones mantenidas afectan al profesional pudiendo generar, caso de

(B) expectativas = (output final (servicio)* + valor añadido esperado **)

* output final: servicio y, en algunos casos, producto.

** Valor añadido: conocimiento, información, comunicación, continuidad, disponibilidad, ...

Figura 4. ¿Qué le pide el "cliente" externo al hospital?

perdurar, distorsiones, conflictos y problemas.

Los cambios no pueden atentar contra aquel sentimiento ni ignorar este peligro sino desarrollarse desde la cultura; el profesional debe, antes de su implantación, identificarse con o adaptarse a la necesidad de evolución que motiva todo cambio.

Visión de la Gestión Clínica en un Hospital

Satisfacer positivamente, en un tiempo óptimo, las expectativas de los ciudadanos (clientes externos) afectados directa o indirectamente por su tarea, fidelizándolos hacia la institución.

Satisfacer positivamente las expectativas de sus profesionales, intra o extrahospituarios, (clientes internos) implicados en su misión incentivándolos para su desarrollo y proyección propio y el de la institución.

Partiendo de sus valores e historia, y de los sociales, fortalecer su dimensión cultural: relaciones profesionales, cientí-

ficas y personales alrededor del proceso clínico de atención y gestión y del hospitalario de organización y eficiencia.

Misión de la Gestión Clínica en un Hospital

Proporcionar asistencia sanitaria, no necesariamente hospitalaria, a los ciudadanos con la máxima eficacia, efectividad, eficiencia, flexibilidad y calidad percibida –individual, colectiva y social– dentro de su ámbito de conocimiento, territorial y de actuación respetando los valores sociales y los principios constitucionales (Figura nº 5).

Se excluye la gestión de la necesidad.

Resolver, desde la situación y la información conocida y disponible en este momento, el problema que significa el hecho de que el actual modelo de gestión hospitalaria esté llegando a su límite.

Excluye, como eje de desarrollo, el abordaje del estado momentáneo de la gestión. Resuelto el problema real, cambiará.

Efectividad: si un output sirve a más de 1 objeto y a más de 1 expectativa de más de un grupo nos llamamos ante un proceso efectivo

Eficiencia: realizar un proceso desde el input al output en el mínimo tiempo, con la mínima utilización de recursos y con el coste adecuado

Flexibilidad: que las limitaciones, la calidad de los inputs y los cambios de los requisitos sean absorbidos por la organización adecuada y rápidamente sin que se resienta el proceso

Figura 5. Definiciones.

¿Qué es la gestión clínica?

El uso del conocimiento clínico, desde la perspectiva global del Hospital, para optimizar el proceso asistencial, para proporcionar el servicio requerido y contratado y para gestionar el tiempo asistencial (figura nº 6) tanto del enfermo como de su entorno; es la magnitud ética y clínica de la eficiencia.

El reconocimiento al clínico de la capacidad de decidir y de tomar la iniciativa.

El reconocimiento de los valores profesionales como motor de la evolución en la gestión hospitalaria.

Una cadena múltiple de relaciones cliente-proveedor cuyo objetivo es aumentar el valor añadido del proceso clínico. Figura nº 7. Su fortaleza está determinada por la resistencia de su eslabón más débil.

Un conjunto de acciones institucionales que buscan generar un valor añadido

Un proceso clínico se inscribe en una magnitud temporal.

¿Qué percibe el enfermo?: La diferencia entre el momento final y el momento inicial de "su" proceso.

¿De que se compone ese tiempo? = de aquel necesario para ser llevado a cabo + otro, innecesario, sobre el que podemos incidir.

¿Qué debe contemplar un proceso de Gestión Clínica?: solo el tiempo necesario.

Efectividad = tiempo necesario.
Eficiencia = tiempo innecesario cero.

Figura 6. El tiempo como valor en la Gestión Clínica.

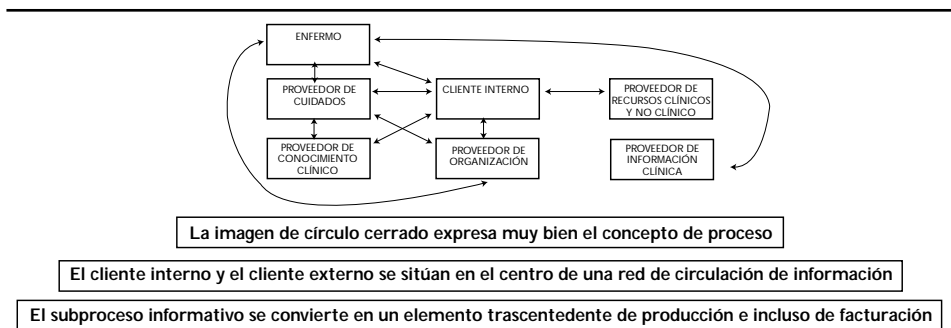


Figura 7. Relación múltiple cliente/proveedor

sobre los recursos utilizados en el desarrollo de la tarea asistencial con el objetivo de conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos y las expectativas de sus clientes internos y externos.

Si el programa de calidad apunta a los aspectos procedimentales y tácticos del proceso diagnóstico/terapéutico la gestión clínica es la estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de los resultados (Figura nº 8).

Su **objetivo** global es aumentar un grado más la eficiencia hospitalaria y, en consecuencia, reordenar los servicios y la oferta asistencial.

Su **objetivo** particular es evitar que la búsqueda de la máxima efectividad y eficiencia en un proceso (Figura nº 9).

- Desemboque en falta de flexibilidad ya que esta da lugar a ineffectividad e ineficiencia.
- Induzca la creación de ineffectividad o ineficiencia en otro próximo
- Lo haga artificialmente complejo generando ineffectividad e ineficiencia.
- Tienda a hacerlo confuso, y por ello ineficaz e ineficiente, por falta de análisis.
- Naturalmente complejo acabe en el establecimiento de controles internos o externos sólo sobre

	GESTIÓN PRODUCTIVA	GESTIÓN CLÍNICA	GESTIÓN DE CALIDAD
DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA	Unidades productivas	sensibilidad especificidad	evaluación tecnología coste-efectividad coste-beneficio
UNIDAD DE ANÁLISIS	consumos coste	efectividad	evaluación tecnología coste-efectividad coste-beneficio
OUTPUT HOSPITALARIO	Prestación caso	proceso enfermo	reingreso repeticiones innecesarias efectividad
COMPLEJIDAD	peso relativo del caso	peso absoluto del enfermo	contrato de expectativas
TIEMPO	fragmento	global	adecuado
REMUNERACIÓN	salario	inventivo	formación

Figura 8. Diferencia entre la Gestión Clínica y el Programa de Calidad.

- sus entradas (optimización del uso de los recursos; de gestión industrial) y/o
- sus salidas (actividad, productividad, modelo de gestión productiva)
- olvidando su núcleo clínico de gestión.

Sus **factores críticos de éxito** son:

- Garantizar la viabilidad institucional.
- La implicación cultural y compromiso de los profesionales.
- Garantizar la equidad y la accesibilidad al cliente externo.
- Captar las expectativas y las necesidades de los clientes y de los profesionales externos e internos.
- Fidelizarlos.
- Disminuir los procesos redundantes

y los plazos de provisión de recursos.

- Eliminar el tiempo asistencial innecesario.

Ante cada entidad nosológica concreta se situará un proceso clínico específico de gestión, quizá cercano a la adhocracia, con un cuerpo doctrinal de conocimiento y de información asistencial donde se fijará tanto el ámbito de decisión y actuación de la personas como su "propiedad" entendida ésta como la medición de resultados, la definición de las relaciones internas y externas y la de las sinergias.

Su **límite** es la relación médico-enfermera/enfermo-entorno.

Su **método** consiste en:

- Definir su soporte: el Hospital como empresa de servicios.

¿qué ha de evitar?	mediante
la confrontación	el diálogo
la complejidad	la flexibilidad
las interacciones innecesarias ¹	el análisis
el azar	la predictibilidad ²
la fragmentación	la coherencia ³
la saturación	la fluidez
la desconexión de la realidad	el pragmatismo y el posibilismo
la información opaca	la información como recurso

¹ más tiempo o etapas, prisa, repeticiones

² continuidad, estabilidad, objetivos

³ garantiza los principios sociales y constitucionales

Figura 9. Lo que debe evitar un proceso de Gestión Clínica.

- Definir su objeto: el proceso clínico con orientación sistémica frente a la concepción de producto industrial aislado.
- Definir su sujeto primario: el ciudadano como cliente externo.
- Definir su sujeto secundario; el personal de contacto: de trabajador a cliente interno.
- Definir el resto de protagonistas y procesos.
 1. Entorno: sanidad pública o privada, ciudadanía, políticos, ...
 2. Proveedores: son los que nos proporcionan productos con o sin valor añadido:
 - información: laboratorios, radiología, ...;
 - recursos: farmacia, limpieza, cafetería, ...;

- organización: admisiones, ...;
- conocimiento: formación, sociedades científicas, etc.

Durante su avance, el modelo ha de permitir la coexistencia, continua o momentánea, de grupos en evolución –con gran dependencia institucional–, desarrollados –con poca dependencia–, en regresión e incluso refractarios: asimetría y asincronía organizativa e informativa.

El principal valor añadido institucional es el de la coordinación de procesos y usos con lo que les dota de coherencia y de flexibilidad proporcionándoles de este modo la adecuada eficiencia y efectividad.

En la figura nº 10 podemos destacar los diferentes tipos de procesos identificables en la gestión clínica:

- Proceso primario: aquel que el cliente externo ve y sobre el que proyecta

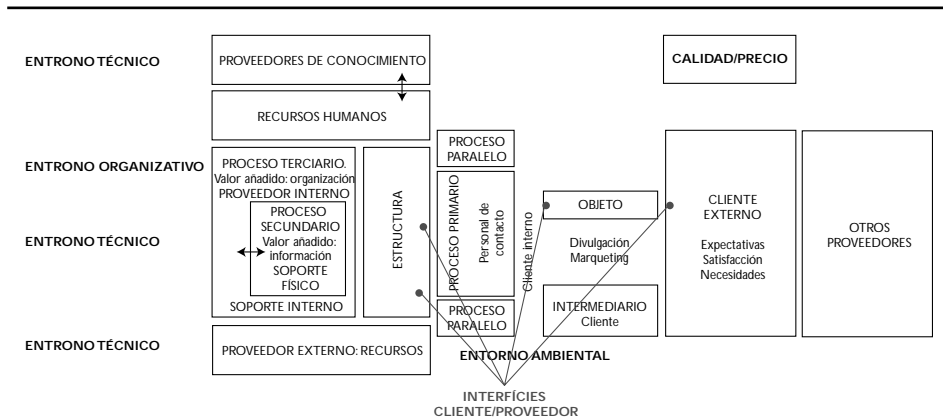


Figura 10. Conjunto de procesos Clínicos.

sus expectativas; misión y justificación de la actividad asistencial.

- Proceso paralelo: aquel que el cliente ve pero que no es el motivo primario de la asistencia aunque la complete hasta el mayor valor añadido posible: satisfacción. Visión. Completa la misión: comorbilidad, complicaciones, educación sanitaria, información, servicio "postventa", ...
- Proceso secundario: aquel que es imprescindible para los dos anteriores y que el cliente externo puede ver o no. A cargo de los proveedores internos o externos de información: laboratorio, quirófano, radiología, patología, ...
- Proceso terciario: aquel que el cliente externo puede ver o no y que proporciona valor añadido organizativo para que los anteriores puedan tener lugar: admisiones, gestión de quirófanos, informática, ...
- Proceso externo: proveedores de recursos físicos sin valor añadido, ni de conocimiento, ni de información: farmacia, compras, logística, ...
- Proceso de conocimiento.

¿Qué necesita la Gestión Clínica?

Una aptitud clínica superior para reestructurar el conocimiento tradicional (habilidades y experiencia en el ámbito de la medicina y de la enfermería) y la ca-

pacidad de aprehender (conocimientos, habilidades y experiencias) de otros ámbitos profesionales.

Un cambio de actitud positiva del clínico que se expresa como el deseo de aprender más allá del límite estricto de su tarea; es un rasgo distintivo de personalidad y de desarrollo profesional.

Un mayor nivel de exigencia clínica: rediseño de procesos.

Una mayor competencia profesional del clínico que se expresa como la suma eficaz de esa nueva actitud, de esa mayor aptitud y de una exigencia superior.

El compromiso directivo

Conocer, antes de proveerlo, cual es el servicio esperado por el **cliente externo y su entorno**; a grandes rasgos podríamos definirlo como el sumatorio de estos cuatro elementos:

- El primero es OBJETIVO: la NECESIDAD expresada, entendida como la búsqueda de la resolución imprescindible de un desequilibrio; en nuestro caso en la salud.
- El segundo es SUBJETIVO: las EXPECTATIVAS expresadas o percibidas, entendidas como la confianza, la garantía y la seguridad que cree que merecemos.
- El tercero es VOLITIVO: la INFORMACIÓN, entendida como aquello

que nos pide que le proporcionemos para poder ejercer luego activamente, si lo desea, su capacidad de decisión.

- El cuarto es el VEHÍCULO: el TIEMPO, entendido como “su” percepción de oportunidad y puntualidad en el servicio.

Saber, luego, cómo hemos respondido: resultados obtenidos, oportunidad y puntualidad, empatía, cortesía, tangibilidad (apariencia), sensación de profesionalidad –conocimiento, habilidad, confianza, fiabilidad y seguridad– con o sin afabilidad, simpatía o cordialidad.

Igualmente, si la información que han recibido les ha sido comprensible, aprehensible y suficiente para poder decidir y si se han respetado sus decisiones

El resultado final se expresa en la credibilidad que les merecemos; puede resumirse como el sumatorio de los siguientes aspectos

- Grado de satisfacción de las necesidades expresadas.
- Grado de cobertura de las expectativas transmitidas.
- Suficiencia de la información recibida.
- Velocidad de cruce de la respuesta.

Finalmente, recordemos que la calidad de nuestra tarea es inversamente proporcional a la diferencia entre las expectativas expresadas y las prestaciones recibidas.

Por lo que respecta al **cliente interno** hemos de conocer de manera continuada.

- El grado de comprensión de su función cliente-proveedor.
- El grado de consenso, coordinación y comunicación entre los diferentes eslabones de la cadena clientes-proveedores.
- El grado de satisfacción que él tiene de sus proveedores: rendimiento y tiempo.
- El grado de satisfacción que sus clientes tienen de él: rendimiento y tiempo.

Junto a estos cuatro elementos:

- El primero es OBJETIVO: su NECESIDAD, entendida como la búsqueda de seguridad y estabilidad, de confianza, integridad y honestidad institucional para con él.
- El segundo es SUBJETIVO: sus EXPECTATIVAS de conocimiento, de desarrollo y de promoción profesional, personal y social.
- El tercero es VOLITIVO: la INFORMACIÓN que pide que le proporcionemos para poder ejercer luego activamente, si lo desea, su capacidad de participación.
- El cuarto es el VEHÍCULO: la PERSPECTIVA de oportunidad profesional, personal y laboral.

Para dar respuesta a todo lo expuesto para el cliente interno, la organización ha de cambiar.

- Aumentando el contenido de su tarea.
- Aumentando su nivel de responsabilidad, de profesionalidad.
- Modificando objetivamente los puestos de trabajo: ir del concepto de atender a la idea de satisfacer.
- Limando la diferencia entre las expectativas profesionales y la potencialidad institucional.
- Flexibilizando sus patrones.

¿A quién le interesa un modelo de Gestión Clínica?

LEYENDA:

- ¿Que espera obtener?
- ¿Qué cambios le significa?

La institución asistencial,

- seguir evolucionando,
- ser viable,
- realizar su misión.
- Configurarse como una organización de conocimiento y de servicios.
- Incentivar el cambio de rol de los profesionales y directivos que deban liderar el proceso.
- Abrirse a la sociedad.

El ciudadano

- Mejores resultados.

- Asistencia más cercana.
- Más información.
- Mayor rapidez.
- A un precio ajustado: en dinero y en tiempo.
- Quizá renunciar a alguna prestación.
- Mantener o aumentar su cuota económica.
- Asumir activamente su capacidad de expresión.
- Asumir activamente su capacidad de decisión.

El político

- Argumentos para mantener el sistema sanitario: eficiencia social, menor coste, mayor calidad percibida, ahorro, satisfacción de expectativas, ...
- Aceptar el rol del clínico como interlocutor.
- Una heterogeneidad difícil de gestionar.
- Regular el peso de los grupos de presión.
- Pagar el precio político por sus decisiones.
- Facilitar la participación activa del ciudadano.

El directivo

- Nuevas herramientas de gestión.
- Alternativas de evolución en su tarea.
- Desarrollo profesional.

- Ceder cuota de "poder": función directiva.
- Del rol actual.
- Una mayor aptitud, actitud, exigencia y competencia profesional.
- Aceptar la participación social en su tarea.

El médico

- Control real del proceso como vía para aceptar la responsabilidad.
- Un beneficio arriesgado.
- Mayor papel social.
- Mayor papel institucional.
- Una carrera profesional.
- Abandonar la comodidad actual.
- Cambio de rol.
- Una mayor aptitud, actitud, exigencia y competencia profesional.
- Un mayor compromiso institucional y social.
- Ampliar su campo de trabajo.

La enfermera

- Aumentar su cuota de poder hospitalario.
- Un riesgo beneficioso profesional y laboral.
- El reconocimiento de su papel.
- Su integración en el proceso.
- Una carrera profesional.
- Renunciar a su distanciamiento y a sus prejuicios.

- Adoptar un rol más cercano al que se le pide.
- Una mayor aptitud, actitud, exigencia y competencia profesional.
- Una carrera profesional comprometida.
- Ampliar su campo de acción.

El proveedor clínico y no clínico

- Su conversión en empresa.
- Ganar protagonismo social: de proveedor de "cosas" a proveedor de información.
- Externalizarse.
- Perder protagonismo institucional.
- Mayor exigencia de gestión.
- Gestión industrial.

Todo proceso de gestión clínica debe incluir las expectativas del cliente externo y del interno, los deseos del político, los proyectos del directivo y el papel del proveedor

Nueva estructura y funciones en el hospital

La actual *línea media*, la del Jefe de Servicio, Dirección Clínica, ejercerá junto a sus **tareas actuales** –responsable de la gestión de las unidades y de los recursos adscritos así como de su productividad y optimización, coordinación de los diferentes niveles asistenciales, provisión de información clínica final y cliente de otros servi-

cios– una **parte de la actual función directiva** de la Dirección Médica y de la Gerencia: director de producción o de “servucción”, búsqueda de recursos y visión estratégica, en su área de gestión, de conocimiento y de mercado dentro del marco legal e institucional.

El actual *nivel operativo* –médico/enfermera–, Dirección de línea, de producto o de servicio clínico, seguirá siendo **el responsable directo de la asistencia** aunque “saldrá” de su posición profesional actual para pasar a ejercer un papel semejante el definido para el director clínico aunque a nivel táctico y operativo y dentro de una área de conocimiento más concreta y en unas/s líneas de producto o de servicio determinadas (Figura nº 11).

Será, además, proveedor y cliente interno de servicios y de productos intermedios y finales dentro del Hospital y de su propio Servicio.

La función directiva del *ápice estratégico*

se concentrará en la Gerencia que pasará de ser la dirección “de todo” (gestor de recursos, de producción y del detalle, diseñador de circuitos y procesos concretos,...) a ser la **dirección general** (consecución de la misión, definición de la estrategia, responsable de los resultados, representación institucional, arbitraje interno con matices de coordinación y de respeto al marco legal, responsabilidad global lejana de los procesos y en el uso de los recursos y búsqueda de fuentes de financiación).

Quizá se vea desbordado por una avalancha de información difícilmente absorbible (por volumen y características) sin posibilidad de evitarla.

La actual *Dirección Médica* desplazará su función desde el ápice estratégico (función superior de dirección de producción que cede a la unidad de Gestión Clínica) hacia la **tecnoestructura** (jerarquía profesional como gestor, coordi-

...de...	...a...
técnico	Gestor
médico	Clínico
enfermera	coparticipe
trabajo individual	trabajo en equipo
responsabilidad colectiva	responsabilidad individual
burocracia profesional + mecanicista	adhocracia
estructura industrial	agrupación por conocimiento

Figura 11. Cambios en el núcleo operativo.

nador y proveedor de conocimiento e información, evaluador de resultados implicado en la estandarización de procesos, productos y servicios y garante de conceptos sanitarios de alto nivel: accesibilidad, oportunidad, calidad).

Arbitrará el uso de los recursos físicos comunes en clave de flexibilidad y eficiencia institucional y social.

La *Dirección de Enfermería*, al estar el "personal de enfermería" incorporado a los recursos globales de cada unidad de gestión clínica, abandonará su función tradicional y cotidiana de administración "bis" de personal situándose como proveedora interna de conocimientos, servicios y habilidades muy vinculados con el valor añadido del centro, con las expectativas del cliente externo, con la cultura institucional y con el servicio hospitalario.

Es decir, será **tecnoestructura**, normalizando procesos y adecuando perfiles profesionales; con dos grandes áreas: gestora de procesos propios (casos de enfermería) y gestora de procesos delegados (casos médicos). Ninguna de estas tareas es externalizable por el enorme valor añadido que aporta.

Las *líneas directivas medias actuales* (recursos humanos, finanzas, mantenimiento,...) de soporte al proceso terciario se externalizarán en su aspecto operativo –bajo valor añadido–, fragmentarán entre

los componentes de la línea media su función de gestión y mantendrán su función directiva –alto valor añadido–.

La actual *tecnoestructura* externalizará sus procesos terciarios y secundarios sin valor añadido. El análisis de los resultados, la logística del conocimiento y la planificación del trabajo, de alto valor, los asumirá la actual dirección médica situada ya en la tecnoestructura.

El nivel de proveedores organizativos de procesos terciarios con valor añadido: admisiones, gestión de quirófanos, ... fragmentará entre los componentes de la línea media su función de gestión manteniendo la de coordinación institucional.

El laboratorio, radiología, documentación, farmacia,... se convertirán en proveedores externos de procesos secundarios –productos– e internos de información asistencial intermedia.

El *staff de apoyo*: proveedores organizativos de procesos terciarios sin valor añadido: archivos,... y proveedores de productos básicos: hostelería, limpieza, mantenimiento,... se externalizarán al ser tareas mecánicas.

Conclusión

Hemos realizado un profundo análisis de la motivación y de la necesidad del cambio que se necesita al plantear el avance hacia un modelo de gestión clínica

desde el actual de gestión hospitalaria de tipo gerencial.

Hemos clarificado cómo es de fundamental escribir su visión, su misión, sus objetivos y los resultados esperados identificando qué, para qué, para quién y con quién lo hemos de intentar; si no, no será posible llevarlo a cabo con éxito y en profundidad.

Es evidente que su abordaje lo deben de hacer profesionales con un profundo compromiso cultural y personal con su organización para darle continuidad, solidez y madurez.

El interés y el beneficio profesional así como la existencia de un proyecto insti-

tucional facilitará su asentamiento, sus logros y resultados positivos ayudando, de este modo, a hacerlo más atrayente.

Un modelo de gestión clínica contiene y desarrolla un viejo concepto del trabajo hospitalario: el del continuum asistencial entendido como la continuidad, en el tiempo, del servicio clínico ofrecido.

El proceso de gestión clínica es un conjunto de ciclos de cambio y una cadena de relaciones cliente/proveedor encadenados con un principio y sin otro fin que la consecución de un objetivo de eficacia, eficiencia y efectividad que ha de servir de estímulo para mantenerlo e impulsarlo continuamente. Figura nº 12.

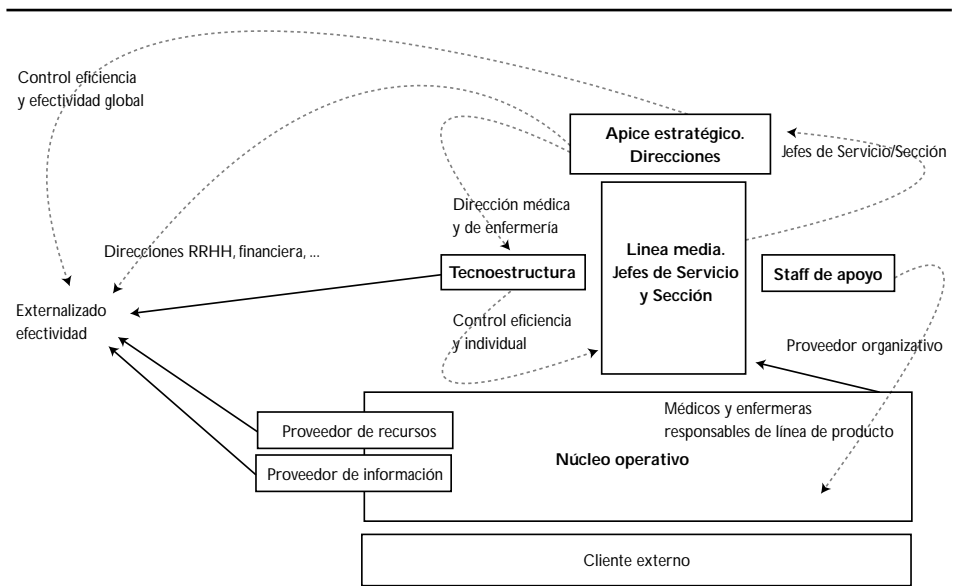


Figura 12. Nueva estructura y funciones en el Hospital.

El planteamiento de este artículo ayuda a evitar la incertidumbre, a mantener la estabilidad y a avanzar firmemente para convertir la gestión clínica en una experiencia afortunada.

Con todo ello, se evitan los "problemas" éticos actuales del profesional sanitario: el de la lealtad dividida, el de la complicidad moral y la duplicidad de valores profesionales e institucionales y se

consigue su identificación y compromiso con el cambio.

La confianza, la comunicación, la integridad y la honestidad mutua de los profesionales implicados en la gestión clínica le dan consistencia y solidez.

Dono les gràcies pel seu ajut crític al meu amic Francesc Pla Clavell, Subdirector mèdic de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron; sense ell hagués estat molt més difícil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-38.
2. Marrón A, Jiménez J. La gestión clínica: fundamentos y requisitos. *Todo Hospital* 1995; 118: 15-17.
3. Guerrero M. La gestión clínica. *Pediatr Integral* 1998; 3: 365-369.
4. Sanz G, Pomar JL. El "Instituto de Enfermedades Cardiovasculares". Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínico de Barcelona. *Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 620-628.
5. Cuervo JI. Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales. *Todo Hospital* 1996; 125: 45-48.
6. Buscarons L, Jaureguizar L, Vázquez J. Externalización de la gestión hospitalaria. El Management Contract y concesión administrativa. *Gestión Hospitalaria* 1996; 4: 22-29.
7. Peiró S, Meneu R, Marqués JA, Librero J, Ordiñana R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Aplicada* 1998; 765: 165-175.
8. Mejora del valor añadido en los procesos. WE. Trischsler. *Gestión* 2000. 1998. Barcelona.
9. Mejora continua de procesos. Dianne Galloway. *Gestión* 2000. 1998. Barcelona.
10. Gestió de qualitat en el món dels serveis. *Gestió* 2000. 1998. Barcelona.
11. Llordachs F, Kase, Sullà E. Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari. *Fulls Econòmics* 1998; 32: 6-12.
12. Gracia D. Ética de la eficiencia. *PULSO'98*.
13. García J. Información, razonamiento y gestión clínica. *Todo Hospital* 1998; 140: 13-15.
14. Quinn JB, Anderson P, Finkelstein S. La gestión del intelecto profesional: sacar el máximo de los mejores. *Harvard Deusto Business Review*. 1996; 3: 4-17.
15. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 385-388.
16. Monrás P. De l'organització jeràrquica a l'organització participativa. *Salut Catalunya* 1995; 9(3): 115-123.
17. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1995; 106: 97-102.

18. Costa J. Participació i compromís dels professionals sanitaris. Una sinèrgia necessària? *Fulls Econòmics* 1995; 25: 14-16.
19. Nogueras A. Punt de vista d'un professional del sector sobre la participació y el compromís dels professionals en la gestió. *Fulls Econòmics* 1995; 25: 17-19.
20. Ortún V. La participació dels professionals en la gestió. *Fulls econòmics* 1995; 25: 10-13.
21. Cusialls D. Divisió Mèdica: elements de gestió. *Todo Hospital* 1995; 117: 11-16.
22. Cusialls D. Direcció Mèdica. *Todo Hospital* 1996; 131: 7-18.
23. López P. Modelos de gestió; nuevo modelo de "Gestión Clínica" de los Hospitales de Osakidetza. *Gestión Hospitalaria* 1994; 4: 50-57.
24. Anónimo. La carrera profesional del médico y su promoción en la sanidad pública. *Organización Médica Colegial* 1994; 39: 19-23.
25. Garbayo L. La comunicación, clave para el éxito de Osasuna Zainduz. *Jornadas de Presentación de Osasuna Zainduz* 1994; 13-19.
26. WHO Regional Office for Europe. *New approaches to managing Health Services*. Leeds 1990: 34.
27. Feire JM. Nuevas bases organizati-
vas del Sistema Nacional de Salud. En: *Análisi de la reforma sanitària als països occidentals*. Universitat Tècnica d'Estiu de Catalunya. Sitges 1994.
28. Chapman TW. Challenges of Leadership in an era of Health care Reform. *Frontiers of Health Services Management* 1993; 10(2): 3-26.
29. Cusialls D. Gil Estallo MD. El Hospital como empresa de Servicios. *Todo Hospital* 1999. En prensa.
30. Cusialls D. Gestión Clínica: el avance necesario en el Sistema de Información Hospitalario. *Todo Hospital* 1998; 149: 505-150.
31. Levy-Leboyer C. Gestión de las Competencias. Ediciones Gestión 2000. Barcelona 1996.
32. Hayes BE. Cómo medir la satisfacción del cliente. Ediciones Gestión 2000. Barcelona 1998.
33. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. *Calidad total en la gestión de servicios*. Ediciones Diaz de Santos. Madrid 1993.
34. Cusialls D. Gestió de fluxes de malalts. *Valoració de l'oferta hospitalària*. *Gaseta Sanitària* 1992; 6 (30): 105-112.
35. Lumsdon K. Exploring the Continuum. *Hospitals & Health Networks* AHA 1993; july: 28-30.
36. Pou J. Els costos del Serveis públics, formes d'imputació i la seva avalu-

ció; l'experiència espanyola. En: Tendències i evolució de l'administració pública en el món occidental: recerca d'una major eficàcia. Barcelona 1993. Libro de Actas: 109-153.

37. Mintzberg H. Las cinco partes fundamentales de la organización. En: La estructuración de las organizaciones, Cap 1.2, pág 43-60. Ariel Economía. Barcelona 1988.

