

Marco actual

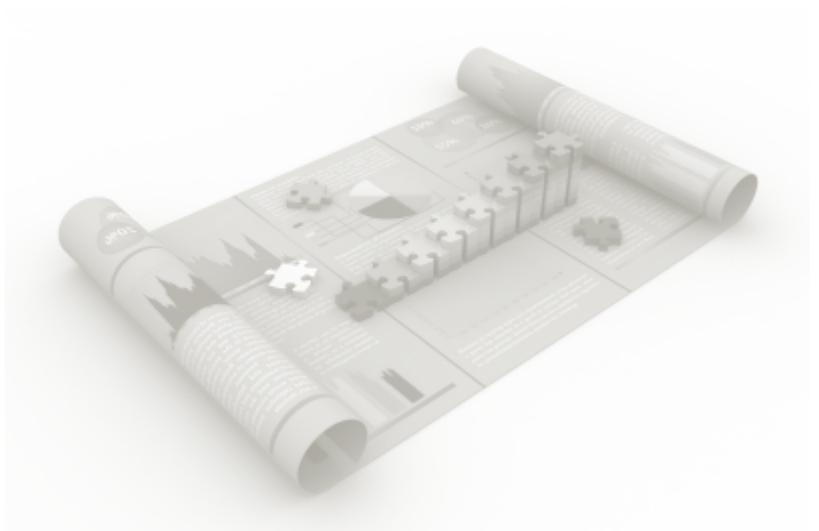
de Desarrollo de la Gestión Clínica

en el

Servicio Andaluz de Salud



Dirección Gerencia del SAS
Dirección de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
Dirección del Plan de Innovación en Gestión Clínica



Diseño y maquetación: EASP
Ilustración de cubierta: Cuteimage , www.freedigitalphotos.net

Índice

Introducción.....	4
Desarrollo histórico de la gestión clínica en Andalucía	6
Marco conceptual de la gestión clínica. Hechos diferenciales y Análisis crítico	11
Marco normativo base del desarrollo de la Gestión Clínica del SAS en los últimos 15 años	16
Desarrollo e innovación para el impulso de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud de 2015 en adelante	21
Aclaraciones de aspectos de especial relevancia	38
Bibliografía.....	43

Introducción

¿Por qué una orientación desde la organización para la organización?

A casi 18 años de la decisión adoptada por el Servicio Andaluz de Salud de reorientar su organización en base a los postulados de la gestión clínica¹ surge con fuerza desde los profesionales, líderes clínicos y gestores la necesidad de seguir dando pasos hacia su consolidación que faciliten su pleno desarrollo y despeje incertidumbres sobre aspectos de gobernabilidad y liderazgo, financiación, criterios de constitución y consolidación, autonomía y diferenciación real respecto a formas organizativas tradicionales.

Petición que se extiende también al encaje coherente dentro de la organización de la gestión de recursos (“gestión no clínica”), especialmente en aspectos de jerarquía, roles y responsabilidades en su relación con la gestión clínica.

Para comprender el origen y las causas de esa necesidad expresada desde el ámbito profesional, así como para hacer un reconocimiento expreso a lo alcanzado y para enmarcar adecuadamente la respuesta a la misma, es necesario y pertinente, acotar y clarificar conceptos que sirvan de guía y obvien personalismos, corporativismos o iniciativas alejadas, ajenas o interesadas, que no encajan con la orientación estratégica hacia la gestión clínica.

La utilidad de este documento marco se constatará en su capacidad para responder de forma sencilla y comprensible a preguntas que se formulan desde los ámbitos profesionales sobre aspectos esenciales de la gestión clínica.

Este documento se considera, además, oportuno para insistir en la necesaria diferenciación que existe en cada función de la organización (de regulación, de gestión de recursos y de gestión clínica) y los responsables de cada una de ellas dentro del sistema (dirección corporativa, dirección de los centros y dirección unidades de gestión clínica, respectivamente).

Para enfocarlo nítidamente, se explicitará un marco con cinco vertientes claves que faciliten la comprensión de las líneas esenciales que apoyan e impulsan la gestión clínica en el SAS, en el momento actual y hacia el futuro y que son las siguientes:

- A. El desarrollo histórico de la gestión clínica en Andalucía.
- B. El marco conceptual de la gestión clínica: hechos diferenciales y análisis crítico.
- C. El marco normativo base del desarrollo de la gestión clínica del S.A.S en los últimos 15 años.
- D. Desarrollo e innovación para el impulso de la gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud.
- E. Aclaraciones de aspectos de especial relevancia.

Desarrollo histórico

de la

Gestión Clínica en Andalucía



Este apartado pretende recordar lo esencial de la trayectoria histórica sobre gestión clínica en Andalucía. Ello permitirá poner el foco en la imagen horizonte hacia la que se pretendía ir cuando, en el trienio 1997-2000 se diseñó el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y se eligió la gestión clínica como su esencia.

Será más sencillo, así, saber dónde estamos y a dónde hemos llegado tras un recorrido de casi 18 años.

Con ello evitaremos también tentaciones de reinventar u olvidar por falta de reflexión, de lectura o ausencia de evaluación crítica sobre lo alcanzado en relación a lo planificado.

Aquel documento de 148 páginas recogía el trabajo de tres años con la participación de más de 350 profesionales de todas las áreas clínicas y de gestión, con la colaboración de expertos y la coordinación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Su intención: la consolidación de un sistema público de salud capaz de recorrer un itinerario claro hacia la equidad pasando previamente de la eficiencia económica a la eficiencia social.

Se decía entonces (1997), mucho antes del periodo de crisis económica global en el que estamos sumergidos de lleno, que “ante problemas comunes a los sistemas sanitarios públicos, Andalucía plantea soluciones diferenciadas”.

Uno de los cinco pilares en que se basaron dichas soluciones fue: “... una redefinición de funciones de gestión nítidamente establecidas considerando la Unidad Clínica-con implicación de todos los profesionales-como el nivel básico de gestión a partir de un marco de regulación”.

Y se identificaba un hilo conductor que “establecía el rumbo de las innovaciones en los servicios: la experiencia asistencial, que parte del punto de encuentro del profesional con el paciente o usuario de los servicios, para reorientar la organización y generar valor”.

La estructura de gestión que se proponía explicitaba un “**objetivo final para los servicios sanitarios**”: conseguir **un entorno** en el que la **relación clínica** entre profesional y usuario permitiera mejorar la salud a través de actuaciones preventivas, diagnósticas y curativas”.

Ese entorno es la “**gestión clínica**” (la función nuclear de los servicios sanitarios del SAS). Sólo en ella tienen cabida organizativa las Unidades Clínicas, entendidas como poseedoras de, al menos, dos atributos que las diferenciaban del resto de formas organizativas:

1. Que su nivel de profesionalización y especialización de la actividad, junto con la implicación del propio profesional en la configuración de la oferta, la demanda y el coste de los servicios, hacen pertinente un **alto nivel de autonomía** y de asunción de responsabilidades por parte **de los profesionales**.
2. Que **la posibilidad de elección del ciudadano**, como bien cada vez más valorado en nuestra sociedad, como transferencia de responsabilidad y autonomía al agente fundamental del sistema y como elemento de control y de configuración de los servicios, **excluya sistemas de organización que le hagan cautivo de la oferta**.

Sigue siendo pertinente y necesario operativizar una de las afirmaciones del Plan Estratégico 1997-2000 del SAS: “garantizar la **equidad y la solidaridad** requiere buscar la eficiencia organizativa y económica, incorporando criterios de flexibilidad y desarrollando todas las potencialidades de gestión que ofrece un **sector público moderno y orientado al servicio de los ciudadanos**”.

Esta afirmación nos traslada una obligación inexcusable: poner en marcha instrumentos que permitan hacer transparentes la asunción de responsabilidad mediante la generación de un sistema de gobierno clínico que permita explicitar cómo se organizan los dos criterios definitorios de las Unidades Clínicas y cómo contribuyen a la eficiencia y a resultados vinculables a la salud (efectividad).

La Eficiencia y la Efectividad se recogían en el Plan Estratégico en una de sus cinco Líneas Estratégicas (la número 3), vinculándola por coherencia a la interrelación usuarios-profesionales y detallándola en 8 objetivos específicos entre los que destacaban: “la posibilidad de relacionarse de forma diversa con la Dirección de los Centros”, “aumentar la responsabilidad sobre la producción del gasto”, “relacionar el coste con la producción de servicios” o “potenciar el uso racional de la tecnología”.

Estos cuatro aspectos, junto a otros que se irán explicitando en los siguientes apartados de este documento, han de trasladarse a instrumentos de gestión e información con capacidad de identificar y valorar los alcances de las Unidades Clínicas.

Ha habido momentos de confusión cuando no de enfrentamiento entre líneas de innovación convergentes con la gestión clínica. Este fue el caso, al principio, de la gestión por procesos² (2001-2014), que sin embargo ha aportado luz y conocimiento con la publicación de los más de 60 Procesos Asistenciales Integrados (PAIs)³ al reto de la continuidad asistencial y de la toma de decisiones basadas en evidencias, siendo pionera en la orientación a los pacientes con sus sencillas pero pedagógicas “Hojas de ruta para pacientes”⁴ y Guías de información para pacientes⁵, documentos para la ciudadanía relacionados con los PAI.

Desde la función de regulación, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, ha hecho un importante esfuerzo para orientar la política sanitaria andaluza y la gestión y organización de los servicios.

Para ello ha desarrollado Planes y Estrategias: desde el Plan Andaluz de Salud (año 2013) hasta el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (año 2012), de Atención al Ictus (2011–2014), a la Salud Mental (2008-2012), Oncología (2007–2012), Diabetes (2009–2013), Accidentabilidad (2007-2012) y así hasta 36⁶.

El SAS, entre los años 2007 - 2014 implanta y consigue indudables avances en aspectos muy relevantes tanto de índole estructural como funcional, mediante:

- La configuración del Mapa de Unidades de Gestión Clínica: 100 % de cobertura.
- La creación de Unidades de diferentes áreas de conocimiento, entre diferentes Centros y entre niveles asistenciales.
- El sistema de acreditación y renovación de la calidad de Centros y Unidades de Gestión Clínica (51,31 % de UGC de Atención Primaria y 57,90 % de UGC de Atención Hospitalaria)⁷
- El sistema de acreditación de competencias profesionales⁸ (casi 20.000 profesionales en curso de acreditación o con acreditación finalizada en Andalucía).
- La aceptación del modelo de gestión clínica entre los profesionales.
- La generación de la normativa para los niveles de Atención Primaria y de Salud Mental.

Además, explicitó una definición de gestión clínica (“La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica”) y estableció, criterios para la constitución de Unidades de Gestión Clínica.

Clasificó, así mismo, a las Unidades en cuatro configuraciones diferenciadas: de Atención Primaria, de Atención Hospitalaria, Interniveles e Intercentros⁹, atendiendo a las características de los Centros en que se ubican y del nivel asistencial en el que ejercen sus actividades.

- Las dos primeras desarrollan sus actividades en un único Centro sanitario y nivel asistencial.
- Las Unidades Interniveles desempeñan sus actividades en los dos niveles asistenciales con adscripción a uno o más Distritos y uno o más Hospitales o dentro de un mismo centro sanitario configurado como Área de Gestión Sanitaria Integral.
- Las Unidades Intercentros desempeñan sus actividades en un único nivel asistencial pero pertenecen a dos o más Distritos, Hospitales o Áreas de Gestión Sanitaria Integral.

El amplio arsenal de conocimiento e instrumentos desarrollado en los últimos años, ha supuesto un gran avance, que nos animan, una vez desarrollada la estructura de la gestión clínica, a seguir avanzando en la orientación de la gestión clínica hacia la consecución de resultados clínicos y/o en salud (En el año 2.013 los objetivos de resultados incluidos en los acuerdos de gestión eran inferiores al 10%), con una participación real en la gestión por parte de los profesionales y de los ciudadanos como eje fundamental de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Marco Conceptual

de la **Gestión Clínica**

Hechos diferenciales

y Análisis crítico



De los resultados de una amplia revisión de la literatura conviene destacar una serie de hechos que justifican la vigencia de la gestión clínica como estrategia para mejorar la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema. De la búsqueda bibliográfica realizada queremos destacar:

- La extraordinaria polisemia del término “gestión clínica” (*Clinical Governance, Clinical Management, Patient Management, Patient-centered care, Managed Care, Disease Management...*) y su contribución a la confusión sobre qué es y no es Gestión Clínica.
- Que la gestión clínica, entendida como un proceso de descentralización (“cesión de poder y autoridad”), de autonomía (“espacio real de maniobra local”), de desempeño (“control por resultados”), de horizontalidad (“economías locales”), características definitorias resaltadas en el “*report research*” de marzo de 2010 por varias universidades del Reino Unido¹⁰, y entendida también como potenciación del profesional individual, presenta dos caras:

 - Una que puede generar fuerzas constructivas y emancipadoras de desarrollo profesional.
 - Y otra que puede conducir, con la misma facilidad, a formas autoindulgentes de profesionalismo (haciendo un hincapié exclusivo y excesivo en los aspectos personales del conocimiento) y a formas desconectadas de la realidad social en la que se desempeña la actividad.
- Que existe una amplia brecha entre la calidad de los cuidados observados y la que la evidencia médica sugiere que podría ser alcanzada.
- Que existe variación territorial entre los costes *per cápita* de los cuidados de salud sin que haya una clara relación con medidas de calidad o importantes resultados en salud¹¹.
- También ha puesto en evidencia las variaciones en costes que existe entre proveedores de servicios de salud que se atribuyen especialmente a diferencias entre tratamientos no apoyadas en evidencias médicas definitivas, además de que algunos tratamientos estén, en ocasiones, asociados a mayores complicaciones y peores resultados en salud^{12,13}.

- Existe una importante dificultad para encontrar bibliografía que valore los efectos de intervenciones mediante la utilización de medidas e indicadores de calidad, sobre todo de trabajos de correcto diseño. Además, pocos miden resultados sobre el paciente, generalmente: mejora de la mortalidad intrahospitalaria o a los 30 días del alta¹⁴.
- De las experiencias de intervención analizadas: Pago por calidad de cuidados; pago por mejor utilización (tipo mejoras en indicadores clínicos de proceso en enfermedades crónicas más frecuentes, coordinación de cuidados y pacientes por atención primaria; pagos por “paquetes” de servicios: GDR’s, procedimientos mayores; pagos por episodios o procedimientos habituales (diabetes, sustitución de cadera o rodilla, by pass coronario, etc.). Se deduce que, si bien se han detectado mejoras significativas en muchas de las medidas evaluadas (estancias medias, costes por hospitalización, cambio a atención ambulatoria de procesos, indicadores clínicos de proceso, ...) ^{15,16}, no existe suficiente o consistente evidencia del efecto de las mismas sobre los costes, especialmente si se detraen los costes del pago de incentivos; no pudiendo diferenciarse, en estudios cuidadosamente diseñados, de resultados similares por simples tendencias inerciales ^{17,18}.

Entre los factores que pueden explicar la ausencia de efectos claros de las intervenciones que vinculan nuevas formas de gestión con salud y costes, la bibliografía revisada, resalta:

1. Uno de los principales factores es el hecho de que las mejoras sobre aspectos concretos de cuidados puede que no se trasladen a las mejoras generales en salud o bien que estén descompensadas por la reducción en la calidad de los cuidados o por mayores costes de dimensiones que no están siendo bien medidas.
2. Otro factor puede ser que las intervenciones estén recayendo tan sólo en una parte de los proveedores de cuidados (atención primaria o atención hospitalaria).

La literatura concluye que, no obstante las dificultades señaladas, hay datos suficientes (tasa de reingresos, complicaciones potencialmente prevenibles, muertes evitables, ...) que indican que la oportunidad para mejorar la calidad a la vez que se reducen los costes es considerable, especialmente si las intervenciones promueven un alineamiento simultáneo de una mayor responsabilidad por parte de los proveedores de cuidados con incentivos a la elección de los mismos por

- La implicación variable de los consecutivos equipos de dirección.
- La autonomía de los Directores de Unidad, necesitada de innovación en la política de selección de personal que puede limitar la capacidad de gestión a nivel de Unidad Clínica y dar la impresión de que eficiencia y recompensa no son directamente proporcionales.
- El establecimiento de fórmulas que permitan la participación de los profesionales en la dirección de la Unidad.
- La cooperación entre Unidades de Gestión Clínica.
- La participación real de los profesionales en las decisiones clínicas, no sólo de su Unidad sino de su Centro.
- El incremento del sentido de pertenencia a la organización.
- La investigación traslacional y la innovación que permita generar mecanismos de financiación propia y añadir valor y riqueza a la sociedad.
- La participación ciudadana efectiva.

Tanto desde la bibliografía nacional e internacional como desde la positiva aportación histórica en Andalucía, se constata que la gestión clínica sigue siendo necesaria y estando de actualidad, si bien presenta amplios márgenes de mejora en las formas de organizar la relación profesional-usuario para la toma de decisiones clínicas compartidas y está aún pendiente de evaluación rigurosa de su impacto en resultados y en disminución de costes por control de la variabilidad de la práctica clínica y el uso de recursos en procedimientos diagnóstico-terapéuticos de dudosa utilidad a la luz de las evidencias científicas^{19,20,21,22,23,24,25}.

Marco Normativo

base del desarrollo de la

Gestión Clínica del SAS

en los últimos 15 años



Nivel Europeo

En las conclusiones del Consejo de la Unión Europea (2006/C 146/01) sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea, publicadas en el Diario Oficial de la Unión Europea de 22 de junio de 2006, se aprueba como principio operativo de dichos sistemas, que han de procurar proporcionar una atención sanitaria de buena calidad, lo que se consigue, entre otras actuaciones, con el desarrollo de sistemas que garanticen una buena gestión clínica.

Nivel Estatal

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias

Dispone en el artículo 4.3 que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en el ámbito de la gestión clínica.

En su artículo 9, establece que la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinar, la integración de los procesos y la continuidad asistencial. Define, además, el equipo de profesionales, como la unidad básica en la que se estructuran, de forma multiprofesional e interdisciplinar, los propios profesionales y el resto del personal que apoya para la realización efectiva y eficiente de las actuaciones asistenciales. El mismo artículo establece que los equipos profesionales, una vez constituidos y aprobados en el seno de las organizaciones o instituciones sanitarias, serán reconocidos y apoyados y sus actuaciones facilitadas por los órganos directivos y gestores de las mismas.

En su artículo 10, expresamente dedicado a la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, establece que las Administraciones sanitarias, los Servicios de salud o los Órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de Gestión Clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales y que el ejercicio de estas funciones estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados.

El artículo 38 contempla la implicación de los profesionales en la gestión clínica en relación con el desarrollo profesional de los mismos.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de salud

Refrenda los supuestos contemplados en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Determina en su artículo 19 e) que el personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.

Su artículo 63 dispone que el personal estatutario se encuentra en la situación de servicio activo cuando desempeñe, entre otras, funciones de gestión clínica, cualquiera que sea el servicio de salud, institución o centro en el que se encuentre destinado, previendo su artículo 65 bis la situación de servicios de gestión clínica cuando el personal fijo acepte voluntariamente el cambio en su relación de empleo que se le oferte por los servicios de salud para acceder a estas funciones, cuando la naturaleza de las instituciones donde se desarrollen las funciones de gestión clínica no permitan que preste sus servicios como personal estatutario fijo en activo.

Nivel Autonómico

Estatuto de Autonomía para Andalucía

Dispone en su artículo 55.1 que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Asimismo, el artículo 55.2 regula para la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, socio sanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles.

Decreto 75/2007, de 13 de marzo

Regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, que incluye la figura de la Dirección de Unidades Clínicas dentro del conjunto de cargos intermedios del Servicio Andaluz de Salud, cuya cobertura se realiza por el sistema de libre designación.

Decreto 197/2007, de 3 de julio

Regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Decreto 77/2008, de 4 de marzo

De ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.

Decreto 140/2013, de 1 de octubre

En este Decreto se establece la estructura orgánica del S.A.S., atribuyendo a la Dirección-Gerencia de la agencia, en su artículo 17, la definición de modelos organizativos y dirección de la estructura orgánica, funcional y de gestión del S.A.S., así como la autorización de las Unidades de Gestión Clínica y sus diferentes niveles de autonomía organizativa; a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en su artículo 18, la consolidación de la gestión clínica como modelo de organización para la práctica asistencial; y a la Dirección General de Profesionales, el establecimiento de un modelo de gestión que procure la satisfacción de expectativas y el pleno desarrollo profesional y la satisfacción de los destinatarios del servicio sanitario, en el espacio compartido de la gestión clínica.

Nivel del SAS

Resolución SC 1846/2007, de 1 de marzo, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del S.A.S., de creación del Comité Asesor para la Gestión Clínica.

Resolución SA 0037/12, de 16 de febrero de 2012, de la Dirección Gerencia del S.A.S, por la que se regulan las Unidades de Gestión Clínica Intercentros e Interniveles del Servicio Andaluz de Salud.

Sería necesario completar y actualizar la normativa que nos ayude a consolidar la estructura de las unidades de gestión clínica y de sus cargos intermedios.

Desarrollo e innovación

para el impulso de la

Gestión Clínica en el SAS

de 2015 en adelante



La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye una gran importancia a la necesidad de seguir avanzando en el desarrollo de la gestión clínica.

Para ello, desde el verano del año 2014 se viene trabajando en la incorporación de **cinco aspectos** que se han considerado fundamentales en la diferenciación y consolidación de la gestión clínica en el SAS:

- D.1. Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de unidades de gestión clínica.
- D.2. La definición del sistema de Gobierno Clínico de las Unidades Clínicas.
- D.3. La incorporación de instrumentos corporativos sencillos que faciliten tanto la selección e implantación de objetivos de resultado en salud y/o clínicos normalizados como la eliminación de la práctica clínica de lo que “no es correcto hacer”.
- D.4. El establecimiento de: objetivos estratégicos de resultado clínico corporativos, un sistema corporativo de participación ciudadana, un sistema de evaluación normalizada de los anteriores tanto si son seleccionados por el SAS como por las Unidades Clínicas, un presupuesto clínico de ingresos y otro presupuesto de gastos para las Unidades Clínicas.
- D.5. Una orientación de la evaluación de los objetivos de resultado considerados estratégicos hacia la mejora.

Todos ellos se irán incorporando al modelo base del nuevo Acuerdo de Gestión Clínica del año 2015 y al de los próximos años, de las Unidades de Gestión Clínica con los Centros del SAS, con el objeto de que dichos aspectos se vayan desarrollando, implantando y consolidando.

1. Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de unidades de gestión clínica con especial concreción en aquellas que aglutinan más de un Centro o más de un área de conocimiento

En un intento de encontrar y operativizar criterios objetivables, medibles y consensuados de confluencia de Unidades de Gestión Clínica, la Dirección Gerencia del SAS con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, inició en junio del 2014 un proceso metodológico que ha dado como resultado el informe técnico titulado **“Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de unidades de gestión clínica”** donde se exponen de forma detallada las conclusiones al respecto, pasando a continuación a exponer un resumen de dicho informe.

Los pasos metodológicos que se dieron para la realización de dicho estudio fueron los siguientes:

- Una revisión documental de contexto y un análisis de situación del mapa y criterios previos para la confluencia de varias Unidades Clínicas en una sola.
- Un estudio previo por un Panel de Expertos de dicha documentación y la elaboración de un documento de partida con una batería de criterios e indicadores orientativos para la confluencia de Unidades Clínicas.
- La valoración de los criterios e indicadores anteriores mediante la constitución de ocho Foros Asesores, con la participación de 144 profesionales (tanto de base como de la dirección de todos los ámbitos de gestión: unidades, centros y áreas sanitarias integradas del Sistema Sanitario Público de Andalucía).
- La posición de 15 Sociedades Científicas.
- Paralelamente, la EASP realizó una extensa búsqueda bibliográfica sobre “fusión de servicios hospitalarios”.

Las conclusiones obtenidas en todo este proceso, fueron:

La convergencia de dos o más unidades de distintas áreas de conocimiento o de distintos centros tendrá sentido, en tanto en cuanto consideremos, a priori, que la misma va a conducir al cumplimiento y a la mejora de los indicadores de los criterios que vamos a exponer a continuación y su permanencia en el tiempo dependerá de que la evaluación de los mismos sea satisfactoria.

No obstante, consideramos que el criterio fundamental sigue siendo el plan funcional y los objetivos que propongan las unidades que convergen, por lo que pensamos que hay que ser flexibles a la hora de aplicar estos criterios, siendo su aplicación orientativa y en ningún caso obligatoria para la confluencia de unidades.

Criterios para orientar el proceso de convergencia para la creación de unidades de gestión clínica constituidas por dos o más unidades clínicas de distintas áreas de conocimiento

Criterio 0

Que las unidades que participan en la confluencia, tengan un número importante de procesos comunes dentro de su cartera de servicios, y por tanto, un número importante de pacientes comunes.

Pensamos que este es el criterio principal a tener en cuenta en la confluencia de distintas unidades. Hasta tal punto, que este criterio por sí solo, podría justificar dicha confluencia.

Habrà de tenerse en cuenta tanto el número de procesos comunes como la prevalencia de los mismos y el peso que estos representan sobre la actividad asistencial global de cada una de las unidades.

El hecho de que el número de procesos asistenciales comunes sea alto va a facilitar que los objetivos incluidos en el acuerdo de gestión de estas unidades afecten a todos los profesionales de la unidad y por tanto, que los mismos se sientan identificados con el acuerdo, aspecto fundamental para el cumplimiento del mismo.

Criterio 1

El resultado de la confluencia de varias unidades debe ser una Unidad Clínica de tamaño adecuado

El tamaño deseable de la UGC, estimada en número de profesionales que pertenecen a la misma, ha de permitir el equilibrio entre una buena gestión de los recursos asociados a la práctica clínica de la unidad y los resultados clínicos / en salud para su población de referencia.

El tamaño deseable de la UGC sería aquel que permitiera hacer una gestión adecuada para alcanzar de niveles de excelencia en:

1. El Gobierno Clínico, la labor asistencial y la labor investigadora.
2. La gestión de los recursos variables cuyo consumo se origina en las decisiones clínicas de todos los profesionales de su equipo. Entendiendo por “variables”:
 - Capítulo I: Recursos Humanos
 - Capítulo II: Consumo de material sanitario
 - Capítulo IV: Farmacia, tanto de consumo interno como de pacientes externos y recetas.
3. Realización, seguimiento y adaptación del plan funcional de la unidad
4. Identificación de los problemas de la UGC y de las áreas de mejora
5. La obtención de resultados estratégicos clínicos o en salud, mediante el establecimiento, seguimiento y evaluación sistemática de los objetivos establecidos.
6. Seguimiento y ajustes de la producción asistencial del equipo.
7. La evaluación del desempeño individual de los profesionales de su unidad.
8. La implantación y desarrollo de un plan de desarrollo individual para cada uno de los componentes de la unidad.

Criterio 2

Orientación a la evaluación y logro de altas cotas de implantación de gobierno clínico como modelo de liderazgo profesional de la Unidad. Gestión asociativa y equipos integrados

La gestión asociativa implica que ha de existir un acuerdo entre los líderes de las áreas de conocimiento sobre la pertinencia de la nueva estructura organizativa, y deben pactar cómo estarán representados en la comisión de dirección ambas áreas.

Criterio 3

Que fruto de la convergencia se produzca una sinergia en la cartera de servicios ofertadas por las unidades que forman parte de la nueva unidad

La cartera de servicios ofertada por la nueva unidad constituida por diferentes áreas de conocimiento es mayor que la suma, por separado, de las carteras de servicios de cada una de las unidades que configuran dicha unidad.

Criterio 4

Mejorar las formas de prestación de los servicios de la Cartera mediante la instauración de nuevas técnicas o formas de atención alternativas a la prestación tradicional

Nos referimos a que con motivo de la convergencia de distintas unidades podemos instaurar mejoras en la forma de la prestación de los servicios de la cartera.

Las nuevas formas de prestación serán seleccionadas siempre en función de las características locales y un mejor balance coste-resultado clínico documentado.

Criterio 5

Mejora de la accesibilidad a través de la creación de Unidades orientadas a la integración territorial de su oferta de servicios para una población objetivo de su área de conocimiento

Como resultado de la convergencia de distintas UGC el Índice de Dependencia de la Población (IDP) y por ende de su área de influencia (entendidas como poblaciones que son atendidas por un recurso, no representan territorios como

tales) debe ser mayor que la suma de los índices de dependencia y áreas de influencia de cada una de las UGC que forman parte de la nueva UGC convergente.

La convergencia de distintas UGC debe mejorar la fidelización de los pacientes.

Este criterio es válido tanto para unidades conformadas por distintas áreas de conocimiento como para unidades constituidas por unidades del mismo área de conocimiento ubicadas en distintitos centros (Unidades intercentros)

Criterio 6

La nueva unidad convergente deberá obtener mejores resultados clínicos y/o en salud en la resolución de una misma patología o problema de salud.

Las UGC convergentes tenderán a obtener resultados clínicos, cuando menos, similares a estándares o publicaciones de ámbito internacional y, cuando correspondan, a los resultados estratégicos que el Servicio Andaluz de Salud haya seleccionado para las UGC, tras la aplicación de criterios clínicos consensuados a la resolución de una misma patología o problema de salud.

Criterio 7

La convergencia de unidades de distintas áreas de conocimiento debe dar como resultado mejoras en la eficiencia de su producción clínica

Criterio 8

Alto grado de familiaridad de los médicos y enfermeras de las UGC convergentes con el concepto de gestión clínica establecido por el Servicio Andaluz de Salud

Consideramos que un elemento importante para el éxito de las UGC convergentes es la existencia de una cultura de gestión clínica entre los profesionales que conforman dichas unidades y en todo caso dicha unidad debe poner en marcha una estrategia que aumente la familiaridad de los profesionales con la gestión clínica.

Criterio 9

Con la convergencia de unidades debe mejorar la formación y el desarrollo de los profesionales, así como provocar sinergia en cuanto a los resultados en investigación e innovación de la unida

Desarrollo profesional

La convergencia de unidades deberá poner de manifiesto que los profesionales tendrán más oportunidad de desarrollarse profesionalmente (conocer nuevos protocolos, conocer nuevas técnicas, contacto con otros profesionales, etc.....).

Formación de especialistas

La fusión de las unidades deberá favorecer un valor añadido a la formación que están recibiendo los profesionales de la unidad y la de los Especialistas Internos Residentes.

Investigación e innovación

La convergencia facilitará y mejorará el planteamiento y desarrollo de propuestas y proyectos de investigación e innovación. Con la puesta en marcha de la unidad se debe producir una sinergia con la producción científica

Criterio 10

La definición del proyecto de convergencia y la de la estructura organizativa de la nueva unidad debe ser planteada desde las unidades convergentes

Las unidades de gestión clínica que van a formar parte de la nueva unidad deben elaborar el proyecto de nueva unidad con la participación de los profesionales que la componen.

Criterio 11

Debe haber transparencia en el proceso de constitución de la unidad convergente para evitar incertidumbres entre los profesionales

Criterios para orientar el proceso de convergencia para la creación de unidades de gestión clínica intercentros constituidas por unidades clínicas del mismo área de conocimiento

Los criterios para orientar el proceso de creación de las unidades intercentros son los mismos que los expuestos en el apartado anterior, con la peculiaridad de que el “criterio 0” se cumplen en todas, ya que prácticamente el cien por cien de los procesos se atienden en todas las unidades que componen dicha unidad.

Como ya hemos dicho el cumplimiento del “criterio 0” puede justificar por sí solo la confluencia de las unidades, motivo por el cual consideramos que las unidades intercentros tienen menos dudas para su constitución.

En síntesis, con todo este cúmulo de aportaciones, desde la Gerencia del SAS se trabajará de forma prioritaria en favorecer un proceso de convergencia que:

- Aporte valor en resultados clínicos, en eficiencia, en accesibilidad, en investigación y en desarrollo profesional.
- Se base en un proceso caracterizado por:
 - Desarrollarse de abajo-arriba (desde las UGC hacia la Dirección Corporativa).
 - Se recoja en un documento que explicita: cómo se funcionará, cómo organizan su Cartera de Servicios, qué mejoras produce la fusión. La fusión no se aceptaría sin un documento razonable de fusión o de existir, no fuese lo suficientemente claro.
 - Sea flexible y por lo tanto, reconozca la especificidad de cada Unidad de Gestión Clínica resultante: heterogéneo pero homologado.
 - Tenga en cuenta los criterios anteriormente expuestos.
 - Evaluado permanentemente y con capacidad de mejora e introducción de modificaciones en base a alcanzar dicha mejora.
 - En el que se respete el papel de cada especialidad, pueda existir un jefe por cada especialidad y se eviten incertidumbres sobre la existencia de un predominio de una unidad sobre otra.
 - Que no surja necesariamente de la Dirección Corporativa.
 - Se base en un sistema de gobierno clínico orientado a la participación real de las profesionales en las decisiones clínicas, en proyectos transparentes, medibles y evaluables donde primen los criterios de orientación a las personas (usuarios y profesionales), a resultados clínicos / en salud y a la eficiencia en la gestión de los recursos dependientes de las decisiones clínicas.

2. La definición del sistema de Gobierno Clínico de las Unidades Clínicas como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización

Exige un compromiso inequívoco por parte de los profesionales de las Unidades Clínicas de:

- Contar con una Dirección Profesional.

Esta puede adoptar alguna de las siguientes modalidades:

- **Única:** con un único líder profesional aceptado en una Unidad de Gestión Clínica con un área de conocimiento o la confluencia de más de un área de conocimiento.
- **Asociada:** con más de un líder profesional en una Unidad de Gestión Clínica en la que confluyen más de un área de conocimiento, cada una de las cuales tiene identificado y aceptado un líder profesional.
- Identificar las áreas de conocimiento. Será necesario diferenciar:
 - Las áreas de conocimiento que son compartidas.
 - Las áreas de conocimiento que son específicas.
- Sustentar la Dirección Profesional en base a un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido, que ha de ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.
- Acceder a la Dirección Profesional de la Unidad Clínica y a su continuidad en periodos sucesivos, en base a la Propuesta motivada inicial y al cumplimiento posterior, respectivamente, de los siguientes criterios:
 - Capacidad para seleccionar y alcanzar resultados clínicos / en salud relevantes para los procesos y pacientes atendidos.

- Propiciando la existencia de un “Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la Mejora de la Gestión Clínica de la Unidad”. Contemplará que las acciones de desarrollo profesional (formación continua, estancias de aprendizaje o adquisición de expertise en técnicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos avanzados, alianzas estratégicas con otras Unidades, etc.) y de innovación organizativa (modificaciones o cambios en la organización de la oferta asistencial para mejora de los resultados o de la accesibilidad), se orienten siempre hacia la gestión por evidencias, mejora de las competencias profesionales, racionalidad e integración de recursos y alcance de equilibrio entre coste y resultados en salud / clínicos.

El sistema de gobierno instaurado en las UGC es clave para su desarrollo, hasta el punto que actualmente, la no existencia de una dirección participativa, se ha identificado por las sociedades científicas como la principal causa de que no se avance más en la confluencia de las UGC. Existe miedo a una distribución desigual de los recursos (El pez grande se come al pequeño).

Consideramos el sistema de gobierno de la UGC como un elemento estratégico para el desarrollo de la gestión clínica, motivo por el cual hemos establecido un modelo de acreditación/evaluación del mismo a través de la ACSA. El resultado obtenido en esta evaluación será clave para determinar la continuidad del director al frente de la UGC.

3. La incorporación de instrumentos corporativos sencillos que faciliten:

- La selección e implantación de objetivos de resultado en salud y / o clínicos normalizados.

Para ello se crea una base de datos de medidas e indicadores de resultado autonómicos (Servicio Andaluz de Salud -obtenidos de los objetivos específicos de los Acuerdos de Gestión Clínica- y de Sociedades Científicas Autonómicas), nacionales (Sociedades Científicas Nacionales y Ministerio de Sanidad) e internacionales (AHRQ), normalizados. Su función es facilitar la selección y definición de objetivos de resultado clínico de diseño y utilidad contrastada, para dar respuesta a los problemas detectados por la propia UGC. La base de datos aportaría los indicadores de resultado con su sistema de medición y fuentes de información.

- La eliminación de la práctica clínica de lo que “no es correcto hacer”.

Para ello se crea un sistema estándar de valoración y evaluación de prácticas clínicas que no aportan valor en el ámbito diagnóstico y / o terapéutico. El sistema recoge y actualiza las “do not do recommendations” del NICE (National Institute for Clinical Excellence) inglés. Clasifica las recomendaciones por UGC y permite valorar su utilidad práctica, su cumplimiento, los motivos de no cumplimiento (incluido el hecho de que bajo la perspectiva de la evidencia conocida por los profesionales de las UGC las recomendaciones no estén actualizadas), su nivel de efectividad y eficiencia y su aplicabilidad en el ámbito de cada UGC. Se crea también un método sencillo y práctico de evaluación del cumplimiento de las recomendaciones (mediante el sistema de muestreo por lotes), que permite a los profesionales de las UGC identificar áreas de mejora en resultados clínicos y económicos.

4. El establecimiento de:

- Objetivos estratégicos de resultado clínico corporativos considerados prioritarios por su impacto en la salud de los andaluces.
- Un sistema corporativo de participación ciudadana, que incluya la óptica del paciente en la evaluación de dos grandes grupos de objetivos de resultado:
 - De calidad de vida relacionada con la salud.
 - De habilidades comunicativas y actitudes de respeto y de consentimiento informado por parte de los profesionales de las Unidades Clínicas.
- Un sistema de evaluación normalizada de resultados clínicos y/o en salud seleccionados por el SAS y las Unidades de Gestión Clínica.
- Un presupuesto clínico de ingresos en función de la producción asistencial que prevea realizar cada Unidad de Gestión Clínica:

El presupuesto clínico de ingresos de la Unidad indicará su capacidad de financiación para el alcance de la producción anual deseada por atender adecuadamente a los pacientes o procesos de salud-enfermedad para la obtención de los resultados en salud clínicos preestablecidos.

El impacto de todas las medidas de gestión eficiente de la actividad (internamiento *versus* atención ambulatoria, cirugía sin ingreso o mínimamente invasiva, gestión integrada de citas o de pruebas-procedimientos diagnósticos, consulta única, procesos integrados atención primaria-atención hospitalaria, selección de indicación médico-quirúrgica basadas en evidencias, desinversión en pruebas o procedimientos diagnóstico-terapéuticos innecesarios o de escaso valor, etc) marcarán el balance ingresos reales / ingresos asignados.

Un presupuesto de gastos de la Unidad Clínica que identifique su aportación a la disponibilidad presupuestaria del SAS:

El presupuesto de gastos de la Unidad identificará el compromiso de gasto anual alcanzable para desarrollar su producción con la gestión más eficiente de sus recursos humanos, tecnológicos y organizativos.

El impacto de todas las medidas de gestión eficiente de consumos (guardias, continuidades, sustituciones, farmacia, materiales sanitarios, productos ortoprotésicos, transporte sanitario, etc.) marcarán el balance presupuesto gastado / presupuesto asignado.

5. Una orientación de la evaluación de los objetivos de resultado considerados estratégicos hacia la mejora, en función de la distancia con respecto a estándares de salud nacionales e internacionales

Trata de instaurar Círculos de Mejora: identificación, análisis, evaluación e intervención correctora, de forma que todas las Unidades de Gestión Clínica, y especialmente aquellas en las que su tendencia sea peor que la tendencia media del conjunto de Unidades Clínicas de Andalucía, en su nivel asistencial:

- Identifiquen los casos que generan la desviación.
- Estudien en profundidad los factores sanitarios y / o sociales que explican las causas de desviación.
- Diseñen e implanten intervenciones correctoras para obtener mejoras en sus indicadores de resultado.
- Obtengan una mejora sobre la media de casos observados que originó la desviación de la tendencia en el periodo precedente.

Sabedores de que los resultados en salud no dependen exclusivamente de intervenciones sanitarias, siempre que, tras el estudio caso a caso, se concluya y documente que las causas de desviación se deban a variables no modificables por la Unidad de Gestión Clínica, se excluirían del cómputo de la evaluación.

Aclaraciones

de aspectos de especial relevancia



1. En relación a la tipología de Unidades de Gestión Clínica

El SAS diferencia cuatro tipos complementarios de Unidades de Gestión Clínica:

- UGC “estándar” o **básicas**: se ubican en un Centro de atención primaria u hospitalaria y desarrollan las funciones habituales de esos niveles de atención. Se desarrollan como evolución de los conocidos Equipos de Atención primaria y Servicios Hospitalarios tradicionales.
- UGC Intercentros: son Unidades Clínicas que aglutinan varias Unidades Clínicas, ubicadas en diferentes Centros asistenciales de un mismo nivel asistencial, de áreas de conocimiento básicamente similares.

Su mayor beneficio para los profesionales estribaría en la posibilidad de compartir conocimiento, tecnología y carteras de servicios: técnicas y procedimientos.

Para los usuarios el beneficio debería provenir de una mayor accesibilidad, una distribución más equitativa de los servicios y un más ágil acceso a los mismos.

Para la organización los beneficios potenciales surgen de compartir el uso de los recursos materiales, tecnológicos, el conocimiento y la investigación traslacional.

Todo lo anterior no es posible sin unos criterios comunes de praxis clínica y una gestión auténticamente compartida por criterios de disponibilidad para los usuarios y los profesionales de idénticos recursos ante igual necesidad.

En otro tipo de terminología supone un funcionamiento en red de personas y recursos (mismos criterios bajo misma dirección) para ofertar una cartera de servicios (técnicas y procedimientos diagnóstico - terapéuticos) a una comunidad única de usuarios (población de referencia).

- ↳ UGC Interniveles: son Unidades Clínicas de similares áreas de conocimiento o áreas de conocimiento claramente complementarias que desarrollan integradamente su actividad en niveles asistenciales diferentes (ejemplos: Unidades Clínicas de Rehabilitación hospitalaria con fisioterapia en atención primaria, de Medicina preventiva hospitalaria con salud pública en atención primaria, de Salud Bucodental en atención primaria con Cirugía Maxilo-Facial en atención hospitalaria,...), lo que generalmente conllevará que también se trate de Centros diferentes, excepto para las Áreas de Gestión Sanitaria.

El mayor beneficio estriba en la continuidad asistencial y el establecimiento e implantación de criterios comunes de praxis clínica para un mayor beneficio de la población usuaria.

- ↳ UGC conformadas por Áreas de Conocimiento diferentes. Desarrollan su actividad, a diferencia de las anteriores, en el mismo nivel asistencial, especialmente en el hospitalario, y en un mismo Centro.

Aportan su mayor beneficio en la obtención de resultados clínicos, la continuidad asistencial y la gestión eficiente de recursos sobre pacientes compartidos (pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas o quirúrgico-médicas, es decir que requieren de la interacción intensa y coordinada de conocimientos, experiencias, destrezas e indicaciones de servicios y recursos diagnóstico-terapéuticos intermitentemente ubicados en las áreas de conocimiento médico y / o quirúrgico.

La evolución constante de la tecnología, de los procedimientos y del arsenal diagnóstico y terapéutico, con una frontera cada vez más sutil de los profesionales que los aplican, conduce a diseños organizativos funcionales dinámicos y flexibles en los que cooperan profesionales altamente competentes e innovadores en beneficio de los pacientes que comparten.

2. En relación a Niveles de Autonomía de las UGC

La necesidad de autonomía para la gestión clínica está en la respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Quién conoce mejor que los clínicos las necesidades de sus pacientes y las respuestas más adecuadas a las mismas, basadas en el equilibrio entre evidencias científicas y las características personales y del entorno socio-sanitario?
- ¿Quién puede organizar y gestionar mejor que ellos los recursos de que disponen para conseguir que dichas respuestas conduzcan a los mejores resultados con calidez, humanidad y ética?

Por tanto, la UGC debe tener autonomía en todo lo que contribuye a un mayor y mejor equilibrio entre los costes y los resultados y en la organización de ambos bajo una perspectiva profesional avanzada y corresponsable con la institución.

El concepto de autonomía va implícito al modelo de gestión clínica y los niveles alcanzables en la misma han de ser la consecuencia de los logros y capacidades en su organización, funcionamiento y obtención de resultados verificables.

En los momentos iniciales del desarrollo de la gestión clínica tuvo sentido establecer niveles de autonomía en las UGC basados en criterios fundamentalmente estructurales e instrumentales (disponibilidad de sistemas de información, capacidad de organización, formación en gestión clínica, etc.). En la actualidad, tras más de 15 años de desarrollo y evolución, con todos los Servicios y Equipos constituidos en UGC y una experiencia contrastada, los niveles de autonomía se centra mucho más en la diferenciación por resultados.

En todo caso, la autonomía ha de tener sus límites en lo establecido por la normativa general relacionada con la transparencia en la igualdad de oportunidades basada en el mérito y las competencias individuales de los integrantes de las UGC y el respeto por la legalidad establecida.

Establecer “a priori” y de forma teórica niveles de autonomía de poco serviría y hasta podrían ser contradictorios, si no se apoyan en unos resultados diferenciadores y explicativos de la heterogeneidad.

3. En relación a la evaluación de los Objetivos y sus Resultados

Establecer un sistema de evaluación de los resultados de la Gestión Clínica riguroso y transparente, especialmente en el alcance de los objetivos recogidos en los Acuerdos de Gestión Clínica y su evaluación por los Centros, que garantice la homogeneidad de la valoración e identifique la relación entre grado de dificultad en el objetivo u objetivos seleccionados y consecuencias de sus niveles de logro, requiere de un sistema corporativo uniforme y contrastable de comprobación del proceso y sus resultados.

Dicho sistema habrá de conformarse con la colaboración de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) que posee la acreditación de la ISQUA (International Society for Quality in Health Care) como agencia externa de evaluación y acreditación.

Se ubicaría en un nivel jerárquico superior al de los Centros (segunda línea de evaluación, puesto que la primera la han de conformar los centros, en su ámbito de responsabilidad, autonomía y en relación con su capacidad de acreditarse).

La ACSA acreditará la capacidad de evaluación de los centros, de forma que si el centro no supera dicha acreditación, será la ACSA la que procederá a realizar la evaluación de todas las UGC de dicho centro.

Bibliografía

- ¹ Plan Estratégico del SAS. Una propuesta de gestión clínica diferenciada. Consejería de Salud. ISBN: 84-89704-46-5.
- ² Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/guia_diseno/guia_diseno_primera.pdf. Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ³ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/listado_procesos?perfil=org. Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ⁴ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Hojas de ruta para pacientes. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/hojas_ruta_pacientes?perfil=org. Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ⁵ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guías de información para pacientes. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/contenidos/Informacion_General/c_6_c_7_guias_informacion_pacientes/guias?perfil=org. Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ⁶ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Planes y Estrategias. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csald/portal/index.jsp?idioma=es&perfil=org&opcion=listadoTematico&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&menu=S Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ⁷ <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/certificacion/>
- ⁸ <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/resultados-de-actividad/competencias-profesionales-sanitarios/index.html> (acceso el 16-marzo-2015).
- ⁹ Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Servicio Andaluz de Salud. Gestión Clínica: Unidades de Gestión Clínica. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesaludugcactivas/buscaugc.asp>. Acceso: 5 de febrero de 2015.
- ¹⁰ Decentralisation and Performance: Autonomy and Incentives in Local Health Economies. Research report Produced for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. March 2010. (Consultado el 18/08/2011). Disponible en: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/125-final-report.pdf>

- ¹¹ Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to lowering Healthcare Cost Growth While Improving Quality?. Mark McClellan. *Journal of Economic Perspectives*—Volume 25, Number 2—Spring 2011—Pages 69–92
- ¹² Temel, Jennifer, et al. 2010. “Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer.” *New England Journal of Medicine*, 363(8): 733–42.
- ¹³ Goodman, David C., Elliot Fisher, Chiang-Hua Chang, Nancy Morden, Joseph Jacobson, Kimberly Murray, Susan Miesfeldt, and Kristen Bronner. 2010. “Quality of End-of-Life Cancer Care for Medicare Beneficiaries.” Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice. <http://www.rwjf.org/files/research/71452.pdf>.
- ¹⁴ Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. Maartje de Vos et al. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 2: pp. 119–129.
- ¹⁵ Lindenauer, Peter, Denise Remuse, Sheila Roman, Michael Rothberg, Evan Benjamin, Allen Ma, and Dale Bratzler. 2007. “Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement.” *New England Journal of Medicine*, 356(5): 486–96
- ¹⁶ Premier. 2007. “Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)/Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project: Project Findings from Year 2.” May. Disponible en: <http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/p4p/hqi/resources/hqi-whitepaper-year2.pdf>
- ¹⁷ Rosenthal, Meredith, Richard Frank, Zhonghe Li, and Arnold Epstein. 2005. “Early Experience with Pay-for-Performance.” *JAMA*, 294(14):1788–93
- ¹⁸ Jaen, Carlos Robert, et al. 2010. “Patient Outcomes at 26 Months on the Patient-Centered Medical Home National Demonstration Project.” *Annals of Family Medicine*, 8(Supplement): S57–S67.
- ¹⁹ Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *The Medical Journal of Australia*. August 2012 [acceso: 13-3-2014]. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/...> <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/certificacion>
- ²⁰ Berwick DM, Hackbarth AD. *Eliminating waste in US health care*. *JAMA*. 2012 Apr 11; 307(14):1513–6
- ²¹ Sociedad Española de Cardiología. Registro RECALCAR. La atención al paciente con cardiopatía en el Sistema Nacional de Salud. Informe 2013
- ²² Does Better Disease Management in Primary Care Reduce Hospital Costs? *The University of York*. 2011; CHE Research Paper 65. [Acceso: 13-3-2014]. Disponible en: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP65_Disease_management_in_PC_reduce_hospital_costs.pdf
- ²³ “Protecting resources, promoting value: Foreword a doctor’s guide to cutting waste in clinical care”. Academy of Medical Royal Colleges, Nov 14

- ²⁴ Kaplan R, Haas D. How not to cut health care costs. Harvard Business Review Blog's (disponible en: <https://hbr.org/2014/11/how-not-to-cut-health-care-costs>)
- ²⁵ Yu et al. Designing and evaluating an interprofessional shared decision-making and goal-setting decision aid for patients with diabetes in clinical care - systematic decision aid development and study protocol. *Implementation Science* 2014, 9:16