

Respuestas

a las preguntas más frecuentes

sobre **Gestión Clínica**



Servicio Andaluz de Salud



Diseño y maquetación: EASP

Ilustración de cubierta: Ddpavumba, www.freedigitalphotos.net

Índice

P01	Qué es la gestión clínica.....	5
P02	¿Qué es una Unidad de Gestión Clínica y en qué se diferencia de un Servicio tradicional?	5
P03	¿En qué y hasta dónde ha de llegar la autonomía de las Unidades de Gestión Clínica? ¿Qué aporta de positivo la autonomía?.....	5
P04	¿Qué aportan los clínicos a la mejora de la gestión?	7
P05	¿Qué es “gestionable” desde la Unidad de Gestión Clínica?.....	7
P06	¿Qué es y qué importancia tiene el concepto de “gobernabilidad clínica”?	8
P07	¿Cómo se configura el sistema de Gobierno Clínico de las Unidades de Gestión Clínica?	8
P08	¿Qué son y qué aportan las “áreas de conocimiento” a las Unidades de Gestión Clínica?	9
P09	¿Qué es la gestión de recursos y en qué se diferencia de la gestión clínica?.....	10
P10	¿Cuáles serían ejemplos de funciones de gestión de recursos que facilitan o dificultan el desarrollo cotidiano de la gestión clínica?	10
P11	¿Qué tipos de Unidades de Gestión Clínica existen y qué importancia tienen o qué aportan cada una de ellas?	12
P12	¿Qué diferencia hay entre el presupuesto de ingresos presupuesto clínico y el presupuesto de gastos? Importancia del presupuesto clínico	14
P13	¿Qué se entiende en el sector sanitario por “producción” y por “resultados clínicos y/o en salud”?	15

P14	¿Cómo se relaciona producción con eficiencia y eficiencia con resultados clínicos y/o en salud (o efectividad)? ¿Cómo se llega a la eficiencia social desde la eficiencia económica (vinculación eficiencia técnica con equidad o eficiencia social)?	16
P15	¿Cuáles son los Sistemas de Información imprescindibles y concretos para un buen desarrollo de la función de gestión clínica?	16
P16	¿Qué diferencia la gestión por objetivos de la gestión clínica?.....	17
P17	¿Qué aspectos habría que desarrollar para seguir avanzando en la estrategia de Gestión Clínica y que además sea motivadora para los profesionales del SAS?	18
P18	Las Unidades de Gestión Clínica de diferentes Áreas de Conocimiento, Intercentros e Interniveles. ¿Pueden ser impuestas por las Direcciones de los Centros?	19
P19	¿Del Director de la UGC dependen todos los profesionales Adscritos a la UGC?	20
P20	¿Se va a desarrollar la normativa que institucionalice las UGC en los Hospitales?	20

P01 ¿Qué es la gestión clínica?

El entorno en el que la relación clínica entre profesional y usuario permite mejorar la salud a través de actuaciones preventivas, diagnósticas y curativas.

Es el núcleo del funcionamiento de los servicios sanitarios.

P02 ¿Qué es una Unidad de Gestión Clínica y en qué se diferencia de un Servicio tradicional?

Sólo en un entorno de gestión clínica tienen cabida organizativa las Unidades de Gestión Clínica.

Dos atributos diferencian las Unidades de Gestión Clínica del resto de formas de organización de la atención sanitaria:

- Un nivel de profesionalización y especialización de la actividad vinculado a una nítida implicación del profesional en la configuración de la oferta, la demanda y el coste de los servicios.

Para conseguir dicha implicación se requiere un alto nivel de autonomía y de asunción de responsabilidades por parte de los profesionales.

- Un modelo específico de relación con el usuario de los servicios en el que su capacidad de elección y de participación informada se constituya en un elemento más de configuración y evaluación del proceso de atención.

P03 ¿En qué y hasta dónde ha de llegar la autonomía de las Unidades de Gestión Clínica? ¿Qué aporta de positivo la autonomía?

La autonomía es la base de la flexibilidad organizativa, una característica esencial para la gestión clínica: de alcanzar su máxima expresión no existirían dos Unidades Clínicas iguales, lo que sería muy interesante y positivo.



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?

La atención a las personas (pacientes cuando sufren un problema de salud, la mayor parte de las veces aderezado con especiales circunstancias sociales) es la razón de ser de un profesional de la salud. Hacerlo desde su conocimiento, evidencias y experiencia y hacerlo bien solo puede darse si se reconoce y aplica la autonomía necesaria.

Necesitan autonomía profesional en:

- La gestión del tiempo que dedicamos a las personas.
- La organización de la atención personal y del grupo humano que es una Unidad de Gestión Clínica.
- La gestión socialmente responsable de la batería de recursos que la organización pone para ello: espacios, personas, tecnología, medicamentos, pruebas, interconsultas con otros profesionales que nos complementan, materiales sanitarios, etc.
- La formación constante para incorporar nuevas técnicas y procedimientos vanguardistas.
- La incorporación práctica de criterios clínicos, éticos y de equilibrio entre lo que hay que hacer y hacerlo correctamente, movilizándolo los recursos idóneos con los criterios marcados la evidencia científica

Si lo anterior es la esencia de nuestro ejercicio profesional, trasladarlo a la gestión del grupo humano pluridisciplinar y experto que representan las Unidades Clínicas supone avanzar en logros cada vez mayores de autonomía para la gestión



de todos los recursos anteriores pero a nivel grupal con un único límite: el respeto por la legalidad establecida.

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 coresponsable con la institución.

La gestión y planificación de los recursos humanos, es el aspecto más cuestionado y más difícil de aplicar de la autonomía de las Unidades de Gestión Clínica, sin embargo decidir sobre el agrupamiento o no con otros profesionales a la hora de configurar un equipo de trabajo, participar en la selección de personal, gestionarlo y organizarlo internamente, organizar la toma de decisiones y responsabilizarse de su formación y desarrollo profesional, son aspectos básicos que desde la autonomía contribuirán al éxito.

P04 ¿Qué aportan los clínicos a la mejora de la gestión?

Se sabe que los profesionales clínicos generan entre el 70 y el 80 % del gasto sanitario y que la variabilidad de sus decisiones es muy elevada, que la misma genera costes evitables y que puede redundar en resultados clínicos inciertos cuando no indeseables.

En síntesis: los clínicos pueden aportar la identificación y eliminación de todo lo que es evitable o injustificado por el conocimiento clínico y desechar las actuaciones que no aportan resultados contrastados.

Sólo ellos, a través de las buenas prácticas, especialmente basadas en evidencias y dejando de hacer aquello que no está justificado o no aporta valor a resultados clínicos o en salud podrá incrementar la eficiencia derivada de sus decisiones cotidianas.

P05 En concreto, ¿qué es “gestionable” desde la Unidad de Gestión Clínica?

Prácticamente todo lo que un profesional decide en la praxis clínica y en la organización de su Unidad, especialmente en el ámbito de la indicación.

En concreto y como ejemplo, la UGC debe gestionar de forma adecuada para evitar excesos injustificados en los consumos generados por solicitud de pruebas



diagnósticas, por prescripción de medicamentos, por solicitud de derivaciones a clínicos de otros niveles asistenciales o del mismo nivel asistencial, los consumos injustificados en material sanitario para el tratamiento o cuidado de los pacientes, los desplazamientos injustificados en vehículos de transporte individual o colectivo a los Centros y Servicios sanitarios, los costes de personal por guardias o continuidades asistenciales injustificadas o no productivas o costes de características similares por contrataciones suplementarias.

P06 ¿Qué es y qué importancia tiene el concepto de “governabilidad clínica”?

Un sistema de gobierno clínico es un sistema de dirección capaz de explicitar y hacer operativa la organización de los dos atributos definitorios de las Unidades de Gestión Clínica (ver P02) y cómo y cuánto las Unidades Clínicas contribuyen a la eficiencia y a resultados vinculables a la salud (efectividad).

Su importancia es tal que debe ser capaz de recoger en sus contenidos los elementos específicos diferenciadores con otras Unidades de Gestión Clínica y con otras formas organizativas de la asistencia (Servicios tradicionales, por ejemplo).

P07 ¿Cómo se configura el sistema de Gobierno Clínico de las Unidades de Gestión Clínica?

- Identificando claramente las áreas de conocimiento clínico que se han de liderar y conducir.
- A través de una Dirección Profesional sustentada en base a un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento clínico compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido.
- Contando con el apoyo de una Comisión de Dirección integrada, al menos, por los líderes de las diferentes áreas de conocimiento. Esta Comisión de Dirección tendrá unas competencias propias, previamente definidas, vinculantes para la Dirección (como el modelo de los ayuntamientos donde el alcalde tiene unas competencias y el pleno otras).



- Mediante una Propuesta Inicial Motivada que manifieste, al menos, cuatro capacidades relevantes: 1ª/ de selección y alcance objetivable de resultados clínicos / en salud relevantes, 2ª/ de selección, implantación y alcance de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos necesarios para lo anterior, 3ª/ de identificación y alcance de los impactos económicos derivados de las medidas de eficiencia implantadas y, por último, 4ª/ capacidad de desarrollar una gestión participativa y participada por todos los profesionales de la Unidad.
- Propiciando también la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad en las decisiones que les afecten directa e indirectamente.
- Mediante un “Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa plurianual para la Mejora de la Gestión Clínica de la Unidad” que promueva una dirección clínica comprensible, evaluable y transparente a los profesionales de la Unidad y a los usuarios atendidos por ella.

P08 ¿Qué son y qué aportan las “áreas de conocimiento” a las Unidades de Gestión Clínica?

En sentido amplio diferentes “áreas de conocimiento” deben entenderse como diferencias cualitativas y normalizadas de conocimiento, expertise e intervención (especialidades, subespecialidades, asistenciales o de cuidados, por ejemplo).

El rendimiento y resultados en un grupo de trabajo en el que participan componentes con diferencias cualitativas de intervención, depende mucho de que tanto los profesionales como sus conocimientos, se sientan y sean complementarios, rehuendo litigios originados en la asimetría de sus identidades. Se trata de cooperar no de enfrentar.

En la organización de los Centros y servicios sanitarios (especialmente en los primeros) hay una historia de luchas de identidad/poder, a menudo identificadas en la pertenencia a grupos asistenciales que debiendo ser complementarios tratan de imponerse como excluyentes y en oposición.

Unidades de Gestión Clínica orientadas a la obtención de resultados en salud o



clínicos integradoras de todos los conocimientos complementarios tiene su máximo sentido y se benefician de una organización compartida de estos.

P09 ¿Qué es la gestión de recursos y en qué se diferencia de la gestión clínica?

La gestión de recursos tiene sentido para hacer todo aquello que libere tiempo y preocupaciones a los clínicos y les permita dedicarse más y mejor a su función clínica, es decir, a la toma de decisiones que más y mejores resultados aporten a sus pacientes – usuarios cuando atienden sus necesidades en salud.

Por lo tanto, supone trabajar en elementos de soporte y ayuda al desarrollo de la gestión clínica. Los clínicos serían sus “clientes” y sólo se justificaría su existencia por su contribución a los logros en salud de estos.

El “titular” (o propietario) de la gestión de recursos es el Centro en el que desarrolla su actividad las UGC.

Entre las responsabilidades del Centro destaca la capacidad de generar una imagen de marca diferenciada y diferenciadora de la que se benefician los profesionales que hacen gestión clínica y los ciudadanos que reciben sus servicios (es decir, una imagen que potencie la capacidad de expresar con orgullo y de hacer sentir a la ciudadanía: “mi UGC pertenece al Hospital / Distrito ...”).

P10 ¿Cuáles serían ejemplos de funciones de gestión de recursos que facilitan o dificultan el desarrollo cotidiano de la gestión clínica?

Para hacer comprensibles las características, diferencias y la importancia de la gestión de recursos como soporte y para el éxito de la gestión clínica, utilizaremos un ejemplo.



Un ejemplo basado en una empresa de servicios no sanitarios.

Los nuevos “Mercados Gourmet”

Ubicados habitualmente en edificios rehabilitados con sumo gusto de finales del Siglo XIX, los Mercados Gourmet (San Miguel en Madrid, Boquería en Barcelona, Ensanche en Bilbao, Central de Valencia, La Victoria en Córdoba, La Lonja del Barranco en Sevilla, etc.) acogen decenas de puestos de negocios gastronómicos diferentes: Vinoteca, Salmorejería, Jugos Tropicales, Mariscos, Embutidos y otras “delicatessen” pueden degustarse mientras te paseas por el.

Estos negocios no cuentan con camareros, vajilla (platos, vasos, cubiertos), agua, baños, mesas, sillas, calefacción, seguridad... propios. Todo ese soporte es común y está gestionado y suministrado por la misma empresa que les ha alquilado el espacio para ubicar su puesto.

Estos negocios, ubicados en espacios de diferentes tamaños en función de las necesidades de sus productos, se centran en la captación de clientes y obtención del máximo beneficio económico. Su finalidad presentar, ofertar, permitir degustar y vender o consumir sus productos. La diferenciación, calidad y el precio adecuado son la base de su éxito o fracaso. Sus recursos humanos están especializados en la oferta que presentan y su número está en relación exacta con la cambiante demanda específica de cada hora, día o temporada del año (se adapta a festivos, ferias, turismo, picos horarios) .

Nadie ha dejado de acudir a estos Mercados porque haga frío en invierno o calor en verano, porque haya suciedad o falta de espacio, porque falten servilletas, vasos, cubiertos o platos, porque las mesas estén sucias o con vajilla usada por clientes anteriores, porque haya unos servicios públicos sucios o faltos de higiene, porque haya altercados o deficiencias de seguridad, porque haya jaleos o discusiones.

Los accesos son sencillos, sin barreras arquitectónicas, el itinerario por su interior es amplio y los productos y servicios gastronómicos y de ocio son atractivos y fáciles de identificar, localizar y adquirir.

Los puestos de negocio son heterogéneos y complementarios. El Mercado en sí mismo funciona como si de un único negocio se tratase, con una finalidad clara: la satisfacción de las necesidades del cliente.

Este puede comenzar con unos aperitivos, continuar con un almuerzo o cena variada regados con cerveza bien fría o con cualquier tipo de vino de Andalucía,



España y el extranjero, pasar a tomarte un café con o sin dulces y tartas y finalizar con una buena copa e incluso bailando.

Salvando las evidentes diferencias con una empresa de servicios sanitarios para contribuir a producir un bien social como la salud, este ejemplo permite identificar fácilmente las diferencias y contenidos de la gestión de lo nuclear sobre la gestión del apoyo para que lo nuclear alcance sus objetivos (gestión de recursos versus gestión clínica).

Ambos son importantes, sin duda, se necesitan, incluso y establecen relaciones contractuales (servicio, volumen, precio, niveles de servicio, resolución de contingencias y premios o penalizaciones por incumplimiento).

P11 ¿Qué tipos de Unidades de Gestión Clínica existen y qué importancia tienen o qué aportan cada una de ellas?

Al menos diferenciamos cuatro tipos complementarios de Unidades Clínicas en el SAS:

- UGC estándar o básicas: se ubican en 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 del mismo nivel asistencial y 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.

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. Salvo en el caso de Unidades Interniveles de un Área de Gestión Sanitaria, conllevan su ubicación en distintos Centros.

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,...

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 de un solo Centro, especialmente en el hospitalario.

Aportan su mayor beneficio en la obtención de resultados clínicos, la continuidad asistencial y la gestión eficiente de recursos sobre pacientes compartidos.

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.

P12 ¿Qué diferencia hay entre el presupuesto de ingresos o presupuesto clínico y el presupuesto de gastos? Importancia del presupuesto clínico

Presupuesto clínico: recoge la financiación de lo que una UGC debe y puede hacer en función de criterios corporativos consensuados y aplicados bajo el conocimiento y expertise de la Dirección Profesional de la Unidad de Gestión Clínica y con los recursos humanos, tecnológicos y organizativos con los que cuenta. De esta forma la financiación orienta la innovación organizativa y el incremento o decremento de la producción en una u otra línea alternativa (estratégicamente financio más de una que de otra para que se estimule la producción en aquella que más ingresos genera).

Presupuesto de gastos: recoge el gasto generado por la UGC para hacer lo que debe. Obviamente puede gastar cantidades diferentes según aplique o no criterios de gestión de recursos también diferentes entre las Unidades Clínicas, incluso de áreas de conocimiento similares. No será el mismo gasto el que genere con cirugía ambulatoria o mínimamente invasiva que con cirugía con ingreso, por ejemplo. Tampoco generará el mismo gasto si indico tal o cual tipo de prueba diagnóstica o procedimiento terapéutico ajustándome a la evidencia que no siguiendo alguna pauta lógicamente fundamentada.

Ambas, financiación y gasto, han de tener claro que siempre existirá un techo y que este lo establece la Autoridad política cuando distribuye los presupuestos de una Comunidad o Estado.

La labor relevante de la UGC estriba en esforzarse en no sobrepasar dicho techo en la medida que aplique medidas de gestión clínica y que sus resultados clínicos /en salud no se vean negativamente afectados (lo que se conoce como dimensión ética de la gestión clínica).



P13 ¿Qué se entiende en el sector sanitario por “producción” y por “resultados clínicos y/o en salud”?

Aunque la palabra producción aplicada a los servicios sanitarios no guste entre sus profesionales, es esencial comprender que como toda empresa de servicios algo “producimos”. Y que además es medible y tiene un valor, no sólo moral, sino también económico.

Han sido muchos los años y esfuerzos que las universidades y escuelas de salud pública, han empleado para crear sistemas y medidas de producción aplicadas al sector sanitario.

Producimos atención a pacientes con problemas de salud (morbididades o prevención de las mismas). Esto no es difícil de comprender.

La dificultad surge cuando este concepto sencillo de lo que producimos se traslada a la forma de medirlo, es decir a la creación de grupos limitados de pacientes con condiciones de morbilidad similares y similares costes por atender dicha morbilidad. Más aún si luego aplicamos a esos grupos nombres “extraños”: GDR’s (grupos relacionados por el diagnóstico) en Atención Hospitalaria y ACG’s (grupos ajustados por la clínica) en Atención Primaria, por poner los dos ejemplos más conocidos y utilizados.

Aunque el término resultados clínicos nos sea más familiar, también genera cierta confusión. Un resultado clínico es la consecuencia de los recursos y procesos que aplicamos a la resolución de un problema de salud o enfermedad.

Ejemplos hay muchos: alcanzar un buen control del problema, evitar secuelas tras el paso por nuestros servicios y la prestación de nuestras atenciones (complicaciones sanitariamente evitables), mejorar la capacidad física y funcional, evitar que tengan que volver a nosotros por una praxis defectuosa o incompleta (reingresos sanitariamente evitables) y evitar la muerte cuando esta es también sanitariamente evitable.



**P14 ¿Cómo se relaciona producción con eficiencia y eficiencia con resultados clínicos y/o en salud (o efectividad)?
¿Cómo se llega a la eficiencia social desde la eficiencia económica (vinculación eficiencia técnica con equidad o eficiencia social)?**

La producción (atención a pacientes con problemas de salud) es eficiente cuando la conseguimos con el menor uso de recursos posible. Y la efectividad se alcanza cuando, además, obtenemos los resultados clínicos o en salud esperados al atender los problemas de los pacientes. Cuando al atender los problemas de salud de nuestros pacientes obteniendo buenos resultados clínicos / en salud y con un uso óptimo de los recursos necesarios para ellos, estamos siendo coste – beneficiosos.

Si conseguimos ser coste – beneficiosos en aquellos problemas de salud o de enfermedad que tienen relevancia y prioridad para nuestra sociedad, estamos, además, contribuyendo a la eficiencia social.

P15 ¿Cuáles son los Sistemas de Información imprescindibles y concretos para un buen desarrollo de la función de gestión clínica?

La explotación de la historia clínica, como fuente de información, ha de aportar datos fiables y válidos para la obtención de información clínica relevante para hacer gestión clínica: calcular lo “producido”, sus costes y los resultados clínicos / en salud obtenidos. No se trata tanto de un gran volumen de datos como de garantizar su fiabilidad y validez.

En Atención Hospitalaria el sistema de información esencial es el Conjunto Mínimo Básico de Datos, conocido por sus siglas CMBD. A partir del CMBD puede calcularse la producción y los resultados de las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de la actividad con hospitalización y recientemente de las urgencias. Su extensión a la actividad sin hospitalización es clave, dado que cada vez esta es y será mayor. También es necesario para calcular su presupuesto clínico o de ingresos

En Atención Primaria bastaría con registrar y obtener correctamente datos básicos: la edad, el género y el diagnóstico de nuestros pacientes para medir lo



que “producimos” (cuantos pacientes atendemos y por qué causas). Si además, le añadimos datos sobre la prescripción farmacéutica, estamos en condiciones de conocer la mayor parte de los costes de la atención. Si fuésemos capaces de conocer el diagnóstico por el que los derivamos a otros especialistas y las pruebas diagnósticas que solicitamos para ayudar a la resolución de sus problemas, completaríamos el “mapa” de datos necesarios para:

- Agrupar a los pacientes atendidos en un año por problemas de salud similares en grupos de uso de recursos similares.
- Ajustar los recursos que se nos asignan (incluyendo el número de profesionales) a una cantidad lógica y equitativa de personas a las que atender. Es decir, equilibrar los recursos necesarios para atender a un número de pacientes de similares morbilidades.

Este último es un camino aún por recorrer en el que el SAS está trabajando para poder ponerlo en marcha.

Los resultados clínicos en Atención Primaria, especialmente los relacionados con su capacidad de estabilizar, controlar y mejorar los problemas de los pacientes y la prevención de sus enfermedades o las consecuencias que arrastran (con su ingreso en el hospital, por ejemplo) han de identificarse desde su historia clínica informatizada y desde el CMBD hospitalario.

Estas herramientas son imprescindibles para seguir avanzando en el desarrollo de la Gestión Clínica.

P16 ¿Qué diferencia la gestión por objetivos de la gestión clínica?

Establecer objetivos, medirlos y vincular la parte variable de las retribuciones de los profesionales con los resultados de la medición (que no es lo mismo que decir con “su cumplimiento”) es característico de la gestión por objetivos.

Puede aplicarse a cualquier modelo de organización.

Hacer gestión clínica no tiene que ver con lo anterior aunque pueda utilizarse un sistema similar al de la gestión por objetivos. Pero no sería suficiente. El puzzle completo de la gestión clínica se obtiene cuando generamos una organización basada en tres dimensiones complementarias pero con una distribución jerárquica: orientación a resultados clínicos / en salud para y con los usuarios +



gestión de recursos derivados específicamente de la práctica clínica + organización autónoma bajo criterios profesionales para desarrollar las dos dimensiones anteriores.

El tamaño del “cubo” resultante dependerá del crecimiento armónico en las tres dimensiones (no basta con una o con dos de ellas) y la visualización transparente y por lo tanto, indiscutible, del mismo, solo puede hacerse desde su medición objetiva (los sistemas de información).

P17 ¿Qué aspectos habría que desarrollar para seguir avanzando en la estrategia de Gestión Clínica y que además sea motivadora para los profesionales del SAS?

El desarrollo de la normativa necesaria para seguir avanzando en la estrategia de la gestión clínica que elimine incertidumbres y que de estabilidad a través del respaldo normativo tanto los nombramientos de cargos intermedios de las UGC como todo el ámbito organizativo.

La voluntad de reforzar la orientación de las UGC hacia la consecución de resultados clínicos y/o en salud.

La participación e implicación de la totalidad de los profesionales:

- La participación real de los profesionales en la toma de decisiones clínicas de su unidad y del centro al que pertenecen.
- Un sistema de gobernanza de la UGC que garantice la participación de los profesionales en la identificación de los problemas de la unidad y en la propuesta y elaboración de objetivos de la misma.

Una gestión de los recursos disponibles, racional, socialmente responsable y eficiente, en el marco de una estrategia de sostenibilidad del SSPA.

Gerentes al frente de los centros, que:

- Sean capaces de marcar un liderazgo relacionado con el poder que surge de la interacción entre el directivo y los profesionales



- Que ejerzan el liderazgo sin miedo a dar autonomía a los profesionales al mismo tiempo que consiguen que sean corresponsables con la gestión de los centros.
- Sean capaces de fomentar el sentimiento de pertenencia a su centro entre los profesionales.

La disponibilidad de información para la diferenciación, es decir, para medir y evaluar con rigor los resultados obtenidos por las UGC y no para “quedar bien” ante la Dirección Corporativa.

La transparencia en la facilidad / dificultad para el alcance de los objetivos aceptados por los Centros, estableciendo una relación transparente y clara entre selección de objetivos y esfuerzo real para alcanzarlos.

La implantación y / o mantenimiento en el tiempo de aspectos considerados esenciales, especialmente los relacionados con un sistema de financiación específica de las Unidades Clínicas, un sistema de selección y evaluación de objetivos clínicos auténticamente relevantes, un sistema de diferenciación positiva entre Unidades similares en función de resultados homologados que prime la colaboración (y no la competición) o las alianzas para mejorar, un sistema de apertura a ámbitos supraautonómicos (investigación comparativa organizacional), entre otros.

Se trata de acotar el riesgo de que, aunque ninguna medida por si sola sea capaz de explicar el problema y el origen del desencanto, una suma de todas ellas conduzca a ganancias en credibilidad, orgullo de pertenencia e ímpetu.

P18 Las Unidades de Gestión Clínica de diferentes Áreas de Conocimiento, Intercentros e Interniveles, ¿pueden ser impuestas por las Direcciones de los Centros?

No. Estas Unidades surgen del acuerdo o consenso entre las Unidades Clínicas peticionarias y las correspondiente Direcciones de los Centros y siempre requerirán la elaboración de un plan funcional y la aprobación de la Dirección-Gerencia del SAS.



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 establecidos en el documento “Criterios e indicadores para orientar el proceso de convergencia de unidades de gestión clínica” 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 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.

P19 ¿Del Director de la UGC dependen todos los profesionales adscritos a la UGC?

Sí. Como líder profesional e independientemente de que la dirección sea única o compartida, dado que la responsabilidad de dirigir no es delegable, todo el personal en una UGC tiene que estar bajo la dependencia de la dirección de la misma, sin perjuicio del ámbito profesional propio para el que las normas habilitan a cada categoría.

P20 ¿Se va a desarrollar la normativa que institucionalice las UGC en los Hospitales?

Sí. Debemos recordar que las UGC ya funcionaban en el ámbito de la Atención Primaria y de la Atención Hospitalaria mucho antes de que se llevara a cabo ningún cambio normativo. A tal efecto hay que tener en cuenta que la gestión clínica es un instrumento organizativo para prestar la mejor atención posible a la ciudadanía, bajo un prisma de responsabilidad de los profesionales sobre los recursos que pone a su disposición la sociedad.

No obstante, al igual que ha ocurrido con la Atención Primaria y con la Salud Mental el SAS está preparando una normativa específica para Hospitales.

