



# Evolución y modelos de la Gestión Clínica

---

PATRICIA DELGADO ÁLVAREZ

**Trabajo fin de grado**

TUTOR: MIGUEL ÁNGEL ACOSTA HERRERA

Grado en enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de enfermería y fisioterapia. Sede Tenerife

3 de Julio de 2015

# EVOLUCIÓN Y MODELOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

PATRICIA DELGADO ÁLVAREZ

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Patricia A.', with a horizontal line extending from the end of the signature.

Miguel Ángel Acosta Herrera

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Miguel Acosta', with a large, sweeping flourish at the end.

Vº. Bº del Tutor

La Laguna, Julio de 2015

# EVOLUCIÓN Y MODELOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

GRADO EN ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Patricia Delgado Álvarez

## **Resumen:**

**Introducción:** el uso de la gestión clínica ofrece una mejor calidad de la asistencia sanitaria. El objetivo de este estudio es analizar su importancia y experiencias novedosas y proporcionar información que permita mejorar la gestión clínica.

**Método:** revisión narrativa de la literatura sobre la Gestión Clínica. Se realizó una búsqueda bibliográfica entre toda la producción científica relacionada con la Gestión Clínica y su implicación en la calidad de los cuidados. Se han utilizado 6 bases de datos bibliográficas: Google, Elsevier, Dialnet, Scielo, Slideshare y Punto Q. Sin límites de fecha.

**Resultados:** se constata un interés creciente en la implantación de la gestión clínica por parte de los profesionales sanitarios y gestores; los resultados obtenidos han demostrado una amplia mejora en las áreas de aplicación de los hospitales estudiados.

**Conclusiones:** numerosos estudios avalan la efectividad de la implantación de la gestión clínica en los hospitales, siendo los resultados positivos en los cuidados y atención prestados a los pacientes. La implantación de las Unidades de Gestión Clínica mejora la calidad asistencial al paciente. De igual manera, hay una notable evidencia respecto a la satisfacción de los profesionales clínicos y gestores en cuanto al funcionamiento y efectividad de las Unidades de Gestión Clínica.

**Palabras clave:** gestión clínica, gestión sanitaria, calidad asistencial, gobierno clínico, gestión hospitalaria.

## **Abstract:**

**Introduction:** the use of clinical management offers a higher quality of healthcare. The objective of this study is to analyze its significance and new experiences and provide information to improve clinical management.

**Methods:** systematic review of clinical management literature. A search among all the scientific production related to the clinical management and involvement in the quality of care was performed. We used six bibliographic databases: Google, Elsevier, Dialnet, Scielo, Slideshare and Punto Q. No date limits were taken into account.

**Results:** a growing interest is observed in the implementation of clinical management by health care professionals and managers; the results obtained showed a vast improvement in the fields of application in the hospitals studied.

**Conclusions:** several studies support the effectiveness of implementing clinical management in hospitals, with positive results in assistance and healthcare provided to patients. The implementation of Clinical Management Units improves the quality of care to the patient. Likewise, there is noticeable evidence regarding satisfaction of clinician and manager professionals concerning the performance and effectiveness of Clinical Management Units.

**Keywords:** clinical management, health management, quality assistance, clinical governance, hospital management.

## **Índice:**

<b>1. INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>7</b>
1.1 PLANTEAMIENTO .....	7
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	8
1.3 OBJETIVOS .....	9
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivo específico	
<b>2. DESARROLLO</b> .....	<b>9</b>
2.1. REVISIÓN Y ANTECEDENTES .....	9
2.1.1 Marco teórico de la Gestión Clínica .....	9
2.1.2 Normativa justificativa de la Gestión Clínica .....	10
2.1.3 Propósito u objetivo de la Gestión Clínica .....	11
2.1.4 Tipos de Gestión Clínica .....	11
2.1.5 Modelos de Gestión Clínica Directa .....	15
2.1.6 Evolución de la Gestión Clínica .....	16
2.1.7 Defensa y crítica de la Gestión Clínica .....	19
2.1.8 Situación actual .....	21
2.1.8.1 Experiencias novedosas-innovadoras	
2.1.8.2 Futuro	
2.1.8.3 Aplicación de los modelos de Gestión Clínica Directa:	
2.1.8.3.1 Unidades de Gestión Clínica	
2.1.8.3.2 Institutos	
2.1.8.3.3 Gobierno Clínico	

2.2 MATERIAL Y MÉTODO.....	31
2.2.1 Tipo de estudio.....	31
2.2.2 Estrategia de búsqueda.....	32
2.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>38</b>
<b>5. ANEXOS.....</b>	<b>48</b>

## **1. INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

### **1.1 PLANTEAMIENTO**

No hay acuerdo entre los autores en cuanto a la definición de gestión clínica, por lo que se hace difícil encontrar la más completa. Por un lado, el término gestión, relacionado con la sanidad, hace referencia a la acción y consecuencia de administrar algo; es decir, al uso de los recursos, y a la toma de decisiones sobre los mismos. Por otro lado el término clínica puede referirse a la actividad sanitaria asistencial dedicada a la atención al ciudadano, además del propio ejercicio de la medicina relacionado con la observación y tratamiento del paciente, o también puede referirse al conjunto de manifestaciones de una enfermedad o al propio establecimiento clínico, según el diccionario de la Real Academia Española.

Una vez definidas por separado, se entiende por gestión clínica la actividad gestora de las unidades asistenciales del sistema sanitario, basada en la participación activa y responsable tanto de clínicos como de gestores, de forma que fomenten la implicación entre ellos y potencien sus conocimientos y su creatividad, y se involucran en los logros de la organización.

En palabras técnicas, se define gestión clínica como la “estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto”<sup>1</sup>.

Por lo tanto, como premisa, los pilares básicos de la gestión clínica son la eficiencia, la consideración del paciente y la mayor implicación de los profesionales en la actividad sanitaria.

Las bases conceptuales de la gestión clínica se enlazan con los cuatro ejes de acción en la práctica enfermera: “atención directa, administración, fundamentos para alcanzar la excelencia de profesionales de Enfermería y obtener los mejores cuidados posibles de salud para los usuarios”<sup>2</sup>.

Respecto a la ética es bien sabido que el principio de beneficencia y no maleficencia rigen las bases de la medicina actual. La gestión clínica vincula sus propios fundamentos éticos con los de la medicina, con el fin de lograr una mayor excelencia profesional, y conseguir los mejores cuidados para los pacientes. Estos principios son el de beneficencia, principio de autonomía y por último, principio de equidad o justicia.

En la gestión clínica, se proponen distintos tipos de organizaciones de la gestión de un hospital. Por una parte están las Unidades de Gestión Clínica, que es una manera de organización asistencial dirigida únicamente a hospitales y unidades asistenciales que posean una cultura de herramientas de gestión superiores al resto. Por otro lado, se encuentran las Áreas clínicas o Institutos que consisten en agrupaciones multidisciplinares dentro de una unidad de gestión. Se trata, por lo tanto, de un modelo organizativo interno que plantea mejorar la gestión clínica y la atención integral del paciente, dotadas en definitiva, de una mayor autonomía.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

La misión principal de los profesionales clínicos es restaurar los niveles de salud previos en los pacientes. Para cumplir con este propósito, es necesario que el profesional sanitario tenga a mano los recursos necesarios para ello y así, al final, mejorar el proceso de la toma de decisiones clínicas, siendo estas el centro del sistema sanitario.

La gestión clínica juega un papel fundamental en la posibilidad de ofrecer la mejor calidad en la asistencia sanitaria. Se debe conseguir que se produzca la unión entre la cultura clínica y la cultura empresarial, dando como resultado de dicha unión un nuevo sistema organizativo cuyo único objetivo sea conseguir la mejor de las prestaciones en la práctica clínica.

Para ello es necesario que se produzca un mejor entendimiento entre gestores y profesionales sanitarios, implicando a los clínicos además de en la gestión, en la asistencia, docencia e investigación. Debe haber una reciprocidad en cuanto hacer más gestora la clínica, y más clínica la gestión.



Es un tema complejo que involucra a todos los profesionales, sanitarios o no, a toda la organización y distintas culturas y que influye directamente en la eficacia y eficiencia; por ello, se pretende realizar una revisión bibliográfica que muestra la situación actual y las diversas experiencias desarrolladas en este campo.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 El objetivo general de este trabajo es:**

- Estudiar la importancia de la gestión clínica en la calidad de la función asistencial

#### **1.3.2 El objetivo específico de este trabajo es:**

- Obtener y utilizar información que permita mejorar la gestión clínica y analizar experiencias novedosas en este campo.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1 REVISIÓN Y ANTECEDENTES**

#### **2.1.1 Marco teórico de la gestión clínica:**

El fin de la gestión clínica es restaurar los niveles de salud previos del paciente en la medida de lo que sea posible de la forma más rápida y efectiva.

La gestión en el ámbito sanitario se divide en tres grandes niveles organizativos, relacionados entre sí e imprescindibles cada uno para alcanzar un óptimo funcionamiento del sistema sanitario.

El primer nivel de la gestión sanitaria es el “Macro”, refiriéndose éste a la política sanitaria, es decir, los resultados que la sociedad espera obtener del sistema sanitario, la educación en estilos de vida saludables y la incorporación de tecnología, con el fin de mejorar los servicios prestados. En definitiva, donde se generan las

condiciones necesarias para que los ciudadanos accedan a la sanidad, como uno de los bienes elegidos por la sociedad.

En el segundo nivel de la gestión sanitaria, la política atraviesa la organización sanitaria hasta colocarse en el nivel “Meso”, donde son cinco las funciones: “planificación, dirección, organización, coordinación y control”<sup>3</sup>. Con estas funciones se pretende implicar más a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones y en la participación de las responsabilidades que demanda la gestión sanitaria y clínica; además si alguna de ellas es producto de la improvisación, las consecuencias que pudiera tener serán menores si estas funciones son gestionadas adecuadamente.

El nivel último de la gestión sanitaria es llamado “Micro”; en él hay un empeño en la mejora continua de la seguridad, calidad, eficacia y efectividad de la toma de decisiones clínicas, es decir, se pone en práctica toda la estrategia anteriormente desarrollada; la teoría pasa a la práctica. Se ocupa principalmente del quehacer de los profesionales del área clínica.

### **2.1.2 Normativa justificativa de la gestión clínica:**

Debido a la subjetiva obligatoriedad de los profesionales en realizar gestión clínica, parecerá innecesario buscar un marco normativo que la avale; sin embargo, hay una serie de disposiciones legales que respaldan esta actividad.

Respecto a las responsabilidades de los profesionales sanitarios y actividades de obligatorio desarrollo la Ley 44/2003 21 de noviembre (BOE número 280, de 22 de noviembre de 2003) se expone en el Título I **Del ejercicio de las profesiones sanitarias**, Artículo 4, apartado 3, que:

*“Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación”.*

Asimismo, en la citada ley y título, en el artículo 10, apartado 1, dispone:

*“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”.*

Además, el apartado 2 de este mismo artículo dispone que:

*“A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes”.*

En consecuencia, la implantación de la gestión clínica en nuestros centros sanitarios está respaldada legalmente, y a pesar de ser voluntaria la participación de los clínicos queda claro que se deben llevar a cabo actividades y funciones de la gestión clínica.

### **2.1.3 Propósito u objetivo de la gestión clínica:**

Uno de los objetivos primordiales de cualquier organización, ya sea sanitaria o de otra índole, debe ser asegurar su permanente evolución para adaptarse a las necesidades de la sociedad, siendo mucho más importante en la atención sanitaria, ya que el fin último es mejorar notablemente el nivel de salud de los pacientes.

El objetivo fundamental de la gestión clínica es “aumentar la efectividad, eficiencia y calidad de las prestaciones asistenciales”<sup>2</sup>. Esto se pretende alcanzar mediante un nuevo proceso organizativo de los servicios médicos que lo contemple en su totalidad y se centre en el paciente, buscando una mayor implicación de los profesionales en la gestión de los recursos.

### **2.1.4 Tipos de Gestión Clínica**

En la Gestión Clínica se encuentra dos tipos de Gestión de los Servicios Sanitarios. Por un lado está la Gestión directa o producción del servicio público directamente por medio de la administración pública, con personalidad jurídica propia o

a través de persona jurídica interpuesta. Por otro lado está la Gestión indirecta, caracterizada por que la prestación del servicio público es realizada por el sector privado, es decir, su explotación estará a cargo de particulares, con o sin ánimo de lucro (Anexo 1).

En nuestro Sistema Nacional de Salud predomina la Gestión directa sin personalidad jurídica propia. Sin embargo, esto no quiere decir que de forma experimental se hayan incorporado nuevas formas de gestión, aplicada para proporcionar a hospitales nuevos una Gestión directa de personalidad jurídica propia.

En la Gestión directa nos encontramos los siguientes tipos de gestión:

- Forma sin personificación jurídica
- OAA (organismos autónomos administrativos)
- Ente público (EP)
- Consorcio
- Fundación
- Sociedad mercantil pública
- INSALUD:
  - o Fundación en mano pública
  - o Consorcio
  - o Fundación pública sanitaria
  - o Sociedad estatal

En la gestión indirecta, podemos encontrar:

- Cooperativa
- Sociedad laboral
- Sociedad mercantil de titularidad mayoritariamente privada
- Fundación privada

En las formas posibles de contratación están el convenio, el concierto y la concesión.

***Gestión directa:***

1. Forma sin personificación jurídica: se refiere a las entidades sin personalidad jurídica específica que puede tener “cierta autonomía financiera y formas de gestión organizativa descentralizada”<sup>4</sup>. Este tipo de gestión se ha integrado en el Servicio Valenciano de Salud, que se guía por los artículos 46 y 47 de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Valenciana de 1994; y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Decreto 318/1996).
2. Gestión directa por organismos autónomos de carácter administrativo (OAA): son formas de derecho público instauradas por ley. Poseen personalidad jurídica y patrimonio propio, con régimen de descentralización administrativa, cuyo fin es la organización y administración de un servicio público.
3. Gestión directa por entes de derecho público: se define como “organizaciones con personalidad y organización jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creados para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad”<sup>5</sup>. Algunos ejemplos de implantación de los Entes Públicos son; el Servicio Catalán de Salud, el Hospital Costa del Sol en Andalucía, el Hospital de Poniente en Almería, el Hospital de Andújar en Jaén, y por último, en el País Vasco que transformó su Servicio de Salud en un Ente Público.
4. Gestión directa por consorcio: se define como “entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propios, creadas por diversos Entes Públicos de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos”<sup>6</sup>. Los consorcios se administran por sus propios estatutos definiendo el marco organizativo y legislativo, siendo su regulación mínima. Algunos ejemplos son: el Consorcio Hospitalario de Cataluña, el Consorcio Hospitalario de Vic y el Consorcio Hospitalario de Barcelona.
5. Gestión directa por fundaciones al amparo de la Ley 30/1994 (Fundaciones en mano pública): tienen personalidad jurídica, “constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas”<sup>4</sup>, cuya gestión de recursos depende de los estatutos. Algunos ejemplos son; la Fundación Hospital de Verín, Fundación Hospital de Alcorcón, Fundación Hospital de Manacor y la Fundación Hospital de Calahorra.

6. Gestión directa por sociedades mercantiles públicas: son de propiedad íntegra municipal, y se rigen por el derecho privado, sin presupuesto limitado y están sometidos al Plan General de Contabilidad del Sector Privado. No son organismos administrativos y la gestión de recursos humanos es llevada a cabo por el derecho laboral. Algunos ejemplos son en Cataluña el Hospital San Jaime de Calella, en Granada la Escuela Andaluza de Salud Pública y en el País Vasco, Alta Tecnología Sanitaria, SA.
7. Gestión directa por sociedades estatales: es una “sociedad en cuyo capital es mayoritaria o única participación el INSALUD. Se constituye para la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y se rigen por sus estatutos sociales”<sup>4</sup>.
8. Fundaciones públicas sanitarias (FPS): están creadas a través del Real Decreto de Nuevas Formas Jurídicas de Gestión 29/2000. Son organismos públicos que están adscritos al INSALUD con personalidad jurídica propia. El personal se regirá generalmente por el régimen estatutario.

***Gestión indirecta:***

1. Concierto: pudiéndola llevar a cabo con proveedores privados (con o sin ánimo de lucro). Se trata de “una concesión de gestión interesada realizando un concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta”<sup>4</sup>, es decir, el Concierto presta servicios de carácter asistencia o benéfico, mediante una compensación económica. Por ejemplo, en el ámbito del deporte, si un Ayuntamiento tiene que realizar una serie de actividades que necesitan de instalaciones costosas, recurren al Concierto.
2. Convenio singular: “se somete al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal”<sup>4</sup>.
3. Consorcio: se trata de un modelo de gestión de empresa pública, bajo el derecho privado.
4. Concesión administrativa: “se realiza una adjudicación en régimen de concesión administrativa de la asistencia sanitaria primaria y/o especializada de una zona determinada”<sup>4</sup>.

### **2.1.5 Modelos de Gestión Clínica Directa**

En el sector sanitario, actualmente se están empleando tres modelos principales de gestión<sup>4</sup>:

- Sistemas de gestión basados en las normas de la serie UNE EN ISO 9001.
- Modelo de la Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization (JCAHO).
- Modelo europeo de EFQM.

Hay que tener en cuenta que estas tres opciones no son incompatibles entre ellas, pudiéndose utilizar de igual manera por separado, una u otra, o las tres en conjunto. El gestor decide las opciones.

#### ***Joint Commission:***

Fue fundada en 1951, y se utiliza únicamente en el ámbito hospitalario. Se caracteriza por poseer unos criterios bien definidos, con unos estándares alcanzables y actualizados habitualmente. En este modelo, “su proceso y procedimiento de evaluación se realiza mediante equipos homogéneos y multidisciplinarios, con una planificación minuciosa, y los resultados son públicos”<sup>4</sup>.

Es un modelo con una serie de inconvenientes como por ejemplo, es un procedimiento de escasa flexibilidad por ser profesionales especializados, tienen independencia limitada por el contrato y, por último, el proceso de acreditación es caro.

En cuanto a las ventajas que posee, se debe destacar que es un instrumento muy preciso para valorar la calidad de la asistencia sanitaria; un modelo de gestión donde los profesionales están muy entrenados.

#### ***Modelo europeo de EFQM:***

Este modelo fue “fundado en 1988 por 14 empresas europeas”<sup>7</sup>, siendo creado al igual que los otros modelos, para gestionar todo tipo de empresas de cualquier sector. La principal diferencia respecto a los otros modelos es su “enfoque teórico hacia la excelencia o al término llamado calidad total, además de ser un modelo principalmente

de evaluación”<sup>4</sup>. Es decir, divulga la cultura de la excelencia, valorando el punto en que la organización se encuentra y examinando sus deficiencias.

Cabe mencionar, que este modelo es el que se utilizar una vez la organización ha utilizado otros modelos y necesita llegar a más.

### ***Normas de gestión de calidad: UNE EN ISO 9001***

Es un modelo creado en 1947 por 25 países. El objetivo de su creación es “facilitar la coordinación y unificación internacional de las normas”<sup>7</sup>. Establece una serie de requisitos que se deben cumplir para poder implantar un sistema de gestión d calidad.

A diferencia de los modelos anteriores, este no es un modelo de autoevaluación sino que, “con carácter contractual, pasa por un proceso de certificación realizado por una entidad acreditada oficialmente”<sup>4</sup>. De igual manera, la ventaja respecto a los otros modelos es que es una herramienta mucho más eficaz y sencilla de manipular en organizaciones que están iniciándose en la gestión moderna.

#### **2.1.6 Evolución de la gestión clínica:**

El concepto de gestión clínica surge como la necesidad de mejorar la efectividad clínica mediante la dotación de mayor protagonismo a los clínicos. El objetivo era plantear modelos organizativos que superaran a los servicios tradicionales, agrupando las diferentes especialidades y otorgándoles mayor autonomía, es decir, crear nuevos modelos de gestión, con la idea clara de que el eje principal es el paciente y el principio que las rige es la gestión clínica basada en el proceso asistencial.

Una vez que se ha ido aceptando la idea de que el buen funcionamiento de un sistema sanitario necesita unos profesionales clínicos que tengan una buena información y unos incentivos determinados para hacer su trabajo, se entiende la difusión que la gestión clínica ha ido teniendo en los últimos años.

El término se ha ido incorporando en la actividad diaria, tanto de los gestores como de los profesionales clínicos, a pesar de su corta vida, pudiéndose comprobar en todos los servicios de salud donde ya se está trabajando en el desarrollo de los modelos de gestión clínica. Sin embargo, este desarrollo ha llevado un gran trabajo sobre todo en



los hospitales españoles, caracterizados históricamente por su “compleja, rígida y estructura vertical”<sup>8</sup>.

Ya desde finales de los años setenta la mayoría de los sistemas sanitarios se planteaban una mejoría en la gestión de los centros, teniendo base real este término en la necesidad de controlar más el gasto sanitario, que en mejorar la calidad de los servicios prestados.

Es entonces cuando se abre el debate sobre los nuevos modelos de gestión, apareciendo entonces la gestión clínica. La concepción teórica, al igual que en otros países, se basa en los fundamentos de calidad asistencial y de gestión; sin embargo, en su desarrollo práctico su finalidad es simplemente el ahorro y control del gasto.

En lo que concierne a la introducción de las nuevas formas de gestión en el sector sanitario, se debe principalmente a la seguridad jurídica necesaria tras la implantación de algunas normas elaboradas en todas las Comunidades Autónomas, modificando de esta manera el modelo organizativo establecido por la Ley General de Sanidad, y debido a la necesidad de incrementar la eficiencia mediante una buena gestión clínica.

Hasta mediados de los años noventa no surgió en España el término de gestión clínica, donde hasta entonces la política sanitaria se basaba en los aspectos estructurales del sistema sanitario y no en los organizativos. Fue entonces cuando se procedió a la elección de los nuevos gerentes, los cuales no necesariamente procedían del sector sanitario. A continuación se comienzan a realizar las reformas sanitarias, poniendo sobre la mesa temas como la propia gestión clínica, la autonomía de los centros sanitarios y el comienzo de la integración de los clínicos en tareas de gestión.

En estos años todos los esfuerzos se centran en las áreas de atención primaria y salud mental, las menos desarrolladas hasta el momento. Al mismo tiempo, surgen una serie de transformaciones en la administración de las organizaciones de los hospitales, tales como la incorporación de nuevos gerentes o la introducción de los primeros indicadores de gestión.

En el año 1992 desde el Ministerio de Sanidad se propuso el llamado “acuerdo cooperativo, que no fue sino un embrión de lo que ahora llamaríamos una Unidad de

Gestión Clínica”<sup>8</sup>. En ese entonces, se trataba de un acuerdo entre la institución sanitaria y los profesionales, que se regían según unas pautas que orientaban acerca de cómo los profesionales debían autoorganizarse en la unidad, cómo gestionar ellos mismos los recursos, cómo debían prestar una atención de calidad evaluado mediante sistemas de información cada paso que se daba y los resultados del mismo, y por último cómo se debían alcanzar unos niveles de eficiencia ligados a unos incentivos económicos.

Más tarde, fue la propia administración la que propuso la elección de un responsable de la Unidades de Gestión Clínica, con capacidad de decisión y autoridad sobre el resto del grupo. Además, se planteó la “creación de protocolos diagnósticos y terapéuticos mediante consenso”<sup>8</sup>. Sin embargo, hasta 1998 no se crearon leyes para estas nuevas unidades.

En 1997 se desarrolló el primero de los cinco congresos sobre la Gestión Clínica realizados hasta la actualidad. En dicho congreso el tema central fue la medicina basada en la evidencia; sin embargo, ya se iba haciendo eco el tema de la gestión clínica.

En el año 2003, se realiza el segundo congreso donde el tema general ya apuntaba que “la gestión clínica en el futuro inmediato se basaría en la evaluación de los resultados clínicos contrastados y contrastables”<sup>9</sup>.

En el congreso del año 2010 se trató el lento desarrollo que había tenido la gestión clínica. Dos años más tarde, en 2012 ya inmersos en el medio del escenario de una crisis económica, el congreso centró su tema principal en dicha crisis. Por último, en 2014 el tema central fue la toma de decisiones en la organización de la gestión clínica.

El inicio de la gestión clínica moderna provocó ciertas discordancias a corto plazo entre los gestores y clínicos, debido a que el poder se desplazó en gran parte desde los médicos a los gestores, dando como resultado un desentendimiento progresivo por parte de los profesionales clínicos de todo lo relacionado con la gestión. Esto se debió a que los médicos tenían la sensación de pérdida de poder e incluso de su libertad clínica, además de la costumbre inculcada a los médicos de que deben trabajar por objetivos a corto plazo, respetando poco el trabajo de los gestores.

Después de varios años profundizando en el tema de la gestión clínica y en términos como “transparencia, decisiones basadas en evidencias, disminución de la práctica clínica, evaluación de resultados clínicos”<sup>9</sup>, nos damos cuenta que son conceptos aún actuales, y que la sociedad, y sobre todo la medicina necesita más de un cambio de actitud hacia la era de la información, que de conocimientos e instrumentos, como consecuencia de su lenta adaptación.

En definitiva, estamos frente al inicio de experiencias organizativas nuevas, que pretenden ser la base la organización hospitalaria, siendo el objetivo final buscar la mayor implicación de los profesionales en la óptima atención a las necesidades del paciente, entendiendo que la gestión clínica no consiste únicamente en la realización de la actividad, sino también en su diseño organizativo, planificación y gestión de la misma.

### **2.1.7 Defensa y crítica de la gestión clínica**

El proceso de transformación de una organización vertical, “basada en tecnoestructuras administrativas, burocráticas y centralizadas”<sup>10</sup>, hacia una organización centrada en la eficiencia y eficacia de los servicios sanitarios, con un modelo de gestión descentralizado, no está libre de incertidumbres y tensiones internas en el sistema.

Esto es debido a que muchos de los centros sanitarios llevan funcionando de la misma manera muchos años, y no es fácil establecer el cambio organizativo en este tipo de estructuras. Este cambio debe ser progresivo por parte del gestor que lo ejecuta y debido a esta dificultad, es imprescindible no demorar más el cambio, motivando y haciendo partícipes a los profesionales, de manera que sea más fácil su implantación.

Según la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) la mayoría de los profesionales clínicos están a favor de la gestión clínica.

La experiencia en el Hospital Clínico de Barcelona en la creación de Unidad de Gestión Clínica y organización en institutos es de gran aceptación por parte de los profesionales y gestores, siendo el funcionamiento y los resultados de esta creación inmejorables.

De igual manera, la implantación de la gestión clínica en el Complejo Hospitalario Juan Canalejo “Área del Corazón” despertó gran interés en el resto de

centro sanitarios, debido no sólo a la novedad de la gestión clínica sino a los excelentes resultados obtenidos tras su implantación. Además, califican a la gestión clínica como una de las elecciones de futuro, a pesar de todo el camino que queda por recorrer y todos los aspectos que hay que ir corrigiendo; es un paso hacia la perfección en la eficiencia y calidad asistencial.

Diversos autores afirman que hay una necesidad de mejora en la calidad de la medicina. Puesto que el modelo antiguo tenía diversas carencias, se está modificando hacia aplicación de la gestión clínica, donde se puede conseguir una notable mejoría en la eficiencia de la asistencia, optimizando al máximo la gestión de los recursos.

Sin embargo, existen varias opiniones acerca de la gestión clínica, como por ejemplo, C. A. Arenas expone en la revista *Redacción Médica* una serie de argumentos en los que se denota un parcial desacuerdo con la implantación de la gestión clínica. Afirma que la gestión que se realiza en un centro de Atención Primaria “no es necesario estimularla o potenciarla”<sup>11</sup>, debido a que el propio trabajo de los profesionales de atención primaria se basa en una gestión continua. Sin embargo, apunta que en los centros sanitarios de mayor nivel, es inviable que una Unidad de Gestión Clínica pueda gestionarse libremente, “ya que no es gestor ni propietaria de un presupuesto o recursos económicos descentralizados”<sup>11</sup>. Es decir, este tipo de unidades no maneja nunca dinero real, y menos aún tienen autoridad suficiente para decidir las contrataciones del personal. Lo que sí puede decidir en este caso el clínico, y con lo que parece que C. A. Arenas está de acuerdo, es en el tipo de terapia y pruebas diagnósticas que recibe el paciente, siempre pensando en el coste beneficio.

En definitiva, C. A. Arenas se plantea la pregunta de “gestión clínica, ¿moda o necesidad?”. Apoya un proyecto de gestión clínica siempre y cuando éste pueda relacionarse en su totalidad y centrándose en el paciente y la economía de los recursos, dejando a un lado lo que beneficie a los políticos, gestores o profesionales, ya que al fin y al cabo es su trabajo y deben hacerlo lo mejor que les sea posible.

Por otra parte, Gladys Martínez López se plantea si las Unidad de Gestión Clínica son un camino hacia la privatización de la sanidad, siendo consientes ya de ello entre las entidad y profesionales clínicos. Además, Antoni Gómez, de la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad, afirma que “el modelo se basa en el reparto de

incentivos económicos y los objetivos que las profesiones deben cumplir para recibirlos no tienen nada que ver con la calidad de la asistencia. Lo que prima es gastar poco, derivar poco a la especializada y mantener poco tiempo a los pacientes ingresados”<sup>12</sup>. Más adelante, Sánchez Bayle considera que “la dinámica de privatización del Gobierno ha generado una contestación social y profesional muy amplia, y con estos proyectos se está intentando una privatización encubierta, dando un rodeo, para evitar esta confrontación social que les está provocando muchos costes”<sup>12</sup>.

Por lo tanto, hay numerosas declaraciones en este artículo que ponen de manifiesto el descontento con la finalidad que ha ido adoptando las Unidades de Gestión Clínica, en un principio centradas en la calidad asistencial al paciente, y ahora enfocadas únicamente a engrosar los bolsillos de algunos directivos, como afirma una doctora del área de Andalucía, con fin de lograr la posible privatización de estos servicios.

### **2.1.8 Situación actual**

Uno de los principales objetivos de los responsables de los Servicios de Salud es asegurar la eficacia y calidad de los servicios prestados en la sanidad pública. A pesar de los logros alcanzados por el Sistema Sanitario los últimos años, aún quedan algunos temas pendientes por resolver tales como “el incremento del gasto, de la burocratización, falta de flexibilidad de sus estructuras, y de la insatisfacción de los profesionales”<sup>13</sup>, imprescindibles para alcanzar dichos objetivos de eficacia y calidad de los servicios.

Actualmente, el sector de la sanidad atraviesa un profundo cambio y modernización en lo que se refiere a la gestión de sus recursos. Con el paso de los años, parece que se va consiguiendo un acuerdo común en lo que se entiende por gestión clínica. En pocas palabras, la responsabilidad de los profesionales y gestores en mejorar la práctica y la mejor utilización de los recursos disponibles.

La creciente evolución tecnológica ha permitido incorporar elementos cada vez más eficaces para la mejora de la gestión clínica, además se han ido implantando determinados sistemas de información que mejoran notablemente la evaluación de los resultados.

Respecto a las discordancias iniciales entre médicos y gestores, hoy en día cada vez es mayor el número de clínicos y gestores que no encajan en ese modelo de actitud, siendo actualmente muchos los profesionales clínicos los que han cambiado su opinión a un punto de vista más constructivo y comprensivo con la gestión, y por su lado los gestores pasaron a respetar y comprender la posición de los profesionales. La unión en el trabajo entre gestores y profesionales ha sido la clave para un buen funcionamiento de la gestión clínica.

#### **2.1.8.1 Experiencias novedosas- innovadoras**

Ya entre los años 1990 y 2001 en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca se analiza la huella de la gestión clínica en los indicadores básicos de calidad en un servicio de cirugía vascular. Tras diez años de estudio los resultados fueron notablemente favorables.

Otro de los primeros hospitales en implantar el modelo organizativo de gestión clínica fue el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, denominado “Área del Corazón” en A Coruña, Galicia en 1996. En este hospital se quería implantar áreas autogestionadas con la mayor independencia de trabajo posible, aumentando la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios prestados. En los resultados de dicho proyecto se puede observar claramente como aumenta la calidad de los servicios, disminuye la estancia media hospitalaria, aumentan el número de altas y se obtienen mejoras en los costes. Tras esta primera experiencia, el Servicio Gallego de Salud (Sergas) elaboró un documento con criterios para establecer proyectos de gestión clínica.

El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud comenzó su andadura en la Gestión Clínica hace 18 años, por lo que su experiencia es notable. Éste establece tres características para su organización: “trasladar el poder al ciudadano, otorgar mayor autonomía al profesional y consolidar, innovándolo, el sistema sanitario público”<sup>13</sup>. En este caso, la función de gestión de recursos no reside en las unidades clínicas sino en los distritos, hospitales y centros de diagnóstico.

En el Hospital Clínico de Barcelona hace más de 15 años se implantó por primera vez las Unidades de Gestión Clínica, todavía hoy en evolución. Es uno de los hospitales españoles que más experiencia tiene en la gestión clínica debido a su rápida implantación desde sus inicios.

Las Unidades de Gestión Clínica se han desarrollado en diferentes Institutos y Centros de gestión clínica del hospital. Esto fue posible gracias a la colaboración del equipo de gestión y profesionales del centro, quienes tuvieron la iniciativa para desarrollar los cambios necesarios para la implantación del sistema de información, y tomar las decisiones adecuadas antes del primer paso, la creación de los Institutos.

Los institutos se crearon con dos objetivos principales, aumentar la participación del personal médico y enfermero en la gestión, y “aumentar la orientación al paciente y al proceso”<sup>14</sup>.

En el hospital clínico de Barcelona, la creación de las Unidades de Gestión Clínica, y su organización en institutos ha permitido disponer de un hospital con “capacidad de cambio y de adaptación a las necesidades de la población”<sup>14</sup>. De igual manera, ha demostrado una mayor capacidad para desarrollar una actividad mejor y más compleja que la realizada con anterioridad, adaptando dicha actividad al presupuesto concedido públicamente, consiguiendo de esta manera unos niveles de calidad muy superiores a la mayoría de hospitales españoles, todo ello debido a la pronta implantación de la gestión clínica.

En el Instituto de Gestión Clínica creada en 1999 que agrupa los servicios de Nefrología, Urología y Trasplante Renal del Hospital Clínico de Barcelona, los resultados obtenidos garantizan la calidad de los cambios organizativos realizados, con la finalidad de colocar al paciente en el centro de la organización clínica, dando a los profesionales la responsabilidad de la gestión de dicho instituto.

Respecto a la gestión clínica de Cardiología del Hospital Clínico de Barcelona creada en 2008, se evaluó el nuevo modelo organizativo y los resultados fueron bastante positivos. Como dictan las características de la gestión clínica, los cambios organizativos se realizaron sin un aumento de los recursos utilizados, y por lo tanto de los costes, y con una gran satisfacción por parte de los pacientes y los profesionales.

En el Instituto de Medicina y Dermatología se centraron en ajustar el gasto a la disminución de los ingresos que tenía el centro. Mediante la organización de un modelo de gestión clínica se consiguió minimizar el gasto.

En el caso de Castilla y León, el pasado 5 de diciembre de 2014 se publicó en el Boletín Oficial de Castilla y León, del Decreto 57/2014, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León.

Por último, en Asturias se dio luz verde para la creación de siete nuevas Unidades de Gestión Clínica durante el año 2010, contando ya el Servicio de Salud del Principado de Asturias con 35 equipos de profesionales de Atención primaria y especializada.

### **2.1.8.2 Futuro**

La propia experiencia nos ofrece indicadores de que la principal amenaza del futuro de la gestión clínica es la “resistencia al cambio cultural de los diversos escalones de la organización sanitaria”<sup>11</sup>. Si la ya nombrada participación de los profesionales clínicos y gestores no existe, los intentos de innovación y mejora de las organizaciones administrativas del sistema sanitario serán esfuerzos inútiles, sin producir ningún efecto sobre el coste de los recursos y la calidad de los servicios de salud.

Por otra parte, si es la Administración Sanitaria la que no tiene interés por la innovación del modelo actual de gestión, la buena participación de los profesionales en la gestión, terminará llevándolos a la frustración siendo una piedra en el camino para el cambio.

Por lo tanto, la evidencia de la necesidad del cambio de los actuales sistemas de gestión y la predisposición de los profesionales en el cambio, son unas de las principales razones por las que nos lleva a pensar que el futuro de la gestión clínica es viable.

### **2.1.8.3 Aplicación de los modelos de Gestión Clínica Directa**

Como premisa, el objetivo único de la Gestión Clínica es incorporar al profesional sanitario a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Por lo tanto, la Gestión Clínica se entiende como “un conjunto de herramientas y técnicas de gestión utilizadas por los profesionales clínicos dirigidas a conseguir resultados asistenciales óptimos”<sup>15</sup>. Este concepto de Gestión Clínica está estrechamente unido al proceso organizativo integrado en la práctica clínica.



Los modelos de gestión clínica más utilizados son:

1. Las Unidades de Gestión Clínica.
2. Los Institutos.
3. El Gobierno Clínico.

Antes de su descripción mas detallada, brevemente definiremos cada uno de estos modelos:

1. La *Unidad de Gestión Clínica* se define como “el conjunto de recursos humanos y materiales dentro de un servicio que se organizan con criterios de calidad, autonomía, eficacia y eficiencia con objeto de prestar la atención sanitaria propia de su Área o Unidad buscando la necesaria coordinación y continuidad asistencial para el paciente”<sup>16</sup>. Tendrán dos niveles básicos de responsabilidad<sup>12</sup>:

- Núcleo directivo: responsable de la Unidad (coordinador).
- Núcleo operativo: profesionales adscritos.

2. El *Instituto* se define como el “conjunto de servicios, Unidades o Áreas de conocimiento carentes de personalidad jurídica propia, compuestas por un conjunto de recursos humanos y materiales que se organizan con criterios de calidad, autonomía, eficacia y eficiencia con objeto de prestar la atención sanitaria propia de su Área o Unidad buscando la necesaria coordinación y continuidad para el paciente”<sup>16</sup>. Tendrá tres niveles básicos de responsabilidad<sup>17</sup>:

- Núcleo directivo: Director del Instituto.
- Núcleo coordinador: Comité de Dirección.
- Núcleo operativo: Unidades Clínicas

Las funciones que realizarán tanto las Institutos o las Unidades de Gestión Clínica se centra en “el campo de la prevención, atención sanitaria, rehabilitación, investigación y docencia”<sup>16</sup>. Respecto a los sistemas de información, cada uno deberá desarrollar el suyo por separado, supervisado en ambos casos por el Núcleo Directivo.

3. El *Gobierno Clínico* se define como el “marco en el cual las organizaciones del Sistema Nacional de Salud son responsables de la mejora continua de la calidad de sus servicios así como de salvaguardar altos estándares de cuidados a través de la creación de un entorno en el que la excelencia de la atención clínica se desarrolle”<sup>18</sup>.

#### **2.1.8.3.1 Unidades de Gestión Clínica**

Una Unidad de Gestión Clínica debe crearse con el compromiso de todos los profesionales que trabajan en ella para diseñar y organizar protocolos y actividades en caminadas a que el paciente y el profesional consigan una mejora de la salud.

Estas unidades deben organizarse de manera estructurada, con un examen estratégico inicial, dándole mayor importancia a la iniciativa mostrada por los profesionales hacia este modelo de gestión clínica.

Una de las ventajas que tiene la gestión clínica es que su implantación en los hospitales no necesita cambios jurídicos legislativos; lo único que se haría en ellas, es ahondar en la autonomía de gestión. De esta manera, la estructura y funcionamiento de las unidades sigue las características de una descentralización organizativa, manteniendo la personalidad jurídica del hospital. Por lo tanto, las Unidad de Gestión Clínica tienen autonomía suficiente de gestión y de responsabilidad del correcto funcionamiento de la unidad y trabajo de los profesionales.

Podemos encontrar diversas modalidades de Unidad de Gestión Clínica “en función de las áreas de especialización, los equipos básicos de atención, los dispositivos de apoyo, los procesos asistenciales y/o situaciones específicas de pacientes, como puedan ser las necesidades o niveles de cuidados requeridos”<sup>19</sup>. Algunas de ellas pueden ser tales como un equipo de atención primaria, un servicio clínico ya sea por ejemplo de traumatología, un servicio de diagnóstico como la medicina nuclear, un servicio central como la farmacia, áreas funcionales ya sean del corazón o de atención a la mujer, servicios de apoyo y/o recursos no sanitarios como los servicios de trabajadores sociales, y por último, unidades como el bloque quirúrgico o un hospital de día, en los que se garantice la atención a procesos complejos.

Respecto a la organización de las unidades clínicas, ésta debe ser sencilla, compuesta por pocos niveles jerárquicos, que permitan la participación y comunicación

interna, así como la efectividad en la toma de decisiones. Tienen una figura, un director, que se ocupa de gestionar los recursos disponibles para lograr los objetivos concretos de las unidades, dotándole para ello de un nivel de autonomía que le permita gestionar con libertad. Esta persona es importante que tenga capacidad de liderazgo y que sea aceptada por los profesionales, tanto clínicos como gestores, que la integran. Debe ser nombrando por el Gerente del Hospital.

Los directivos de la Unidad de Gestión Clínica, en conjunto con el Director Gerente del hospital, firmarán el llamado Contrato de Gestión, donde se negociará el nivel de autonomía que se le concede a la unidad y los objetivos generales y específicos que deberá conseguir.

En la organización de las Unidad de Gestión Clínica debe haber una enfermera responsable de los planes de cuidados de cada uno de los pacientes ingresados, los profesionales debe participar activamente en la unidad, y deben estar dotados de instrumentos que faciliten la toma de decisiones sobre los pacientes, tales como los protocolos de actuación o guías de prácticas clínicas. Además, debe haber una conciencia responsable de autoevaluación continua de la práctica profesional.

Las Unidades de Gestión Clínica tienen dos niveles de responsabilidad, por una parte el Núcleo Directivo que pertenece al director de la Unidad, y por otra parte, el Núcleo Operativo que lo constituyen los profesionales vinculados a la unidad.

### **Cartera de servicios:**

Las Unidad de Gestión Clínica disponen de una herramienta llamada Cartera de Servicios, mediante la cual son capaces de gestionar organizaciones y centros asistenciales, diferenciando la cantidad, calidad y pertinencia de la actividad agrupada en dicha Cartera de servicios, lo que ha permitido prosperar en la mejora de la actividad clínica, ajustándola a las demandas de la población en general. Por lo tanto, la Cartera de servicios es una forma de gestionar y evaluar el servicio.

Desde la perspectiva Meso, si una unidad de gestión clínica tiene una clara definición de la Cartera de servicios, es más fácil conseguir la aplicación de servicios y recursos más eficiente.

Toda Cartera de servicios debe regirse por una serie de principios, independientemente del nivel o modelo de atención que se esté prestando. Así pues, debe haber un equilibrio entre la necesidad de atención y la persona que la recibe, es decir, un paciente de una unidad de cuidados críticos no necesitan la misma atención que un paciente de una unidad de hospitalización breve. Se debe hacer un adecuado uso y disposición de los recursos. Se debe asegurar la integridad, continuidad y diversificación para garantizar la mejora de la salud. Por último, la Cartera de servicios debe tener accesibilidad a todos y cada uno de los ciudadanos que la soliciten.

La implantación de la Cartera de servicios debe ser sometida previamente a la autoridad sanitaria mediante un proceso de legalización, gestionado por las organizaciones. Por último, el diseño de la Cartera de servicios deberá realizarse en función de los procesos asistenciales y con una idea clara sobre la promoción y prevención de la salud.

#### **2.1.8.3.2 Institutos**

Los institutos consisten en la unidad de servicios y especialidades en una única unidad de gestión. Dicho instituto está estructurado dependiendo de unos criterios de asistencia y cuidados, y enfocado a un tipo determinado de procesos.

Se encuadran dentro de los nuevos modelos de organización hospitalarios, como una opción a la tradicional disposición de nuestros hospitales, que se debe implantar cuando la se atiende el mismo proceso en distintas especialidades médicas, quirúrgicas, de diagnóstico o de tratamiento, en varios de los diferentes servicios de la cartera de servicios.

El diseño de este modelo asistencia centrado en el paciente tiene el objetivo de redefinir la estructura, ajustándola a las necesidades de los mismos. Para ello es necesario organizaciones basadas en reagrupación de los pacientes en unidades en función de los criterios de atención; “la descentralización organizativa de aquellos recursos sanitarios cuya necesidad lo justifique; la flexibilidad y multifuncionalidad de los grupos de trabajo, la capacidad de decisión de estos equipos en el ámbito de su área, y la adaptación de la arquitectura organizativa conjunta a las necesidades de cada una de estas unidades”<sup>17</sup>.

Este sistema multiservicios tiene varias y diferentes características, entre ellas destaca que la atención está focalizada en los pacientes, como uno de sus objetivos. Están administrados por la gestión clínica. Incluye servicios clínicos complementarios en una estructura funcional común. Posee una dirección única, elegida entre el personal sanitario. Por último, tienen “esquemas organizativos sencillos, con pocos niveles jerárquicos, mucha y fluida comunicación y participación interna, y rapidez en la toma de decisiones”<sup>17</sup>.

En cuanto a las funciones que realizan los Institutos están las asistenciales y las gestoras, que si nos damos cuenta, resumen a grandes rasgos las funciones de la gestión clínica, siendo su fin ajustar la respuesta del sistema a las exigencias de atención de ciudadanos.

#### **2.1.8.3.3 Gobierno Clínico**

El Gobierno Clínico consiste en una nueva organización que estructura las organizaciones sanitarias sobre el principio de “responsabilidad corporativa por el funcionamiento asistencial”<sup>20</sup>.

De esta definición se entiende que el Gobierno Clínico implanta un marco de responsabilidad, que por sus características, se considera que es el mejor para obtener un sistema sanitario con la calidad técnica y de servicio preciso para hacer frente al desafío de calidad que le piden. De igual manera, el término de Gobierno Clínico está íntimamente unido a la responsabilidad social que tiene la administración sanitaria, los gestores y los profesionales clínicos, de asegurar la calidad de los servicios que el sistema sanitario procura a la población.

El Gobierno Clínico es una propuesta renovadora, con la que se pretende añadir conceptos avanzados de gestión y del buen gobierno. El Gobierno Clínico necesita asegurar la coherencia y consistencia de la organización y los profesionales, tanto gestores o clínicos, los objetivos planteados y la política de la organización.

Para afianzar lo dicho anteriormente, es necesario asegurar a la población unas prácticas sanitarias asistenciales de calidad y seguras. El Gobierno Clínico proporciona un marco, en el que por sus particularidades, beneficia la implicación, tanto de los profesionales en el ejercicio de la organización, como en los procesos de toma de

decisiones. Desde el punto de vista de la gestión clínica, el Gobierno Clínico reúne los elementos de la buena gestión de las organizaciones sanitarias, tales como centrar el foco de atención en el paciente, realizar la tarea de gestión por procesos, buscar la mejora continua en la calidad de los servicios prestados, y usar los modelos de gobierno y gestión.

Respecto a la búsqueda continua de la mejora en la calidad de la atención, el Gobierno Clínico determina cinco actividades clave para ello. Son aspectos esenciales para la correcta administración de calidad<sup>20</sup>:

- La gestión del riesgo clínico.
- Evaluación de la práctica clínica.
- La confirmación de la calidad.
- La eficacia clínica.
- El desarrollo del personal y de la organización.

En la organización del Gobierno Clínico todos los elementos que lo componen, deben orientarse a la mejora de los cuidados del paciente. De igual manera, el Gobierno Clínico es un concepto que se aplica en todos los ámbitos del Sistema Nacional Sanitario (hospitales, centros de salud, etc.). Recordaremos que uno de los requisitos para la implantación de la gestión clínica, era la participación activa de todos los profesionales; lo mismo pasa en el Gobierno Clínico, donde tiene que haber un trabajo real y unido entre los gestores, los clínicos, y entre ellos, y éstos con los pacientes.

Hay que tener presente que los pacientes y la sociedad en general, son el motor impulsor del funcionamiento del Gobierno Clínico; sin ellos, no sería posible llevarlo a cabo. Pasa lo mismo, con el trabajo de las enfermeras, las cuales tienen un papel esencial en la implantación del Gobierno Clínico. De este modo, todo el personal debe tener claro la relevancia que tiene el Gobierno Clínico en su trabajo. El factor moral y ético juega un papel importante en los principios del Gobierno Clínico, ya que potencia una cultura en la se aprende de los errores, y se celebran los aciertos.

Dicho esto, quedan claros los principios a tener en cuenta a la hora de introducir un Gobierno Clínico, mediante los cuales se consolida finalmente la reciprocidad entre eficiencia y calidad de los servicios sanitarios.

Una de los principales temas a tratar en muchos de los trabajos sobre Gobierno Clínico, es la forma en la que el Gobierno Clínico debe pasar de la política y teoría a la práctica clínica en las organizaciones sanitarias. Muchos autores están de acuerdo en la escasez sobre los pasos a seguir para implementar el Gobierno Clínico; por tanto, un equipo de cuatro analistas formado por Baker, Lakhani, Fraser y Cheater proponen de forma clara y concisa un modelo de implantación del Gobierno Clínico para la atención primaria.

En el modelo propuesto, se observa la aplicación del GC en los niveles “profesionales individuales, equipos de trabajo y grupos de atención primaria”<sup>13</sup>. La primera fase define la calidad en cada una de las actividades profesionales. Este concepto ha de recoger diversos aspectos tales como visión de los pacientes, y la visión de la medicina basada en la evidencia. Además, “en la definición de calidad deben participar las instituciones públicas sanitarias, consultores externos y los propios profesionales”<sup>13</sup>.

A continuación, se debe decidir quiénes serán los responsables de suministrar la calidad. Esto se hará mediante auditorías, en las que podrán participar tanto profesionales como pacientes, exponiendo las quejas que crean correspondiente y los casos de mala praxis que consideren oportunos.

Por último, la tercera fase consiste en definir la mejora de la calidad. Después de realizadas las auditorías, son éstas las responsables de llevar a cabo los procesos de mejora de la calidad.

## **2.2 MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.2.1 Tipo de estudio:**

Este trabajo aborda una revisión narrativa exhaustiva de la literatura científica sobre la Gestión Clínica, analizando la relevancia de la implantación de la Gestión

Clínica en las llamadas Unidades de Gestión Clínica, mediante los modelos que ya han sido implantados en las diferentes áreas hospitalarias y primarias estudiadas.

### **2.2.2. Estrategia de búsqueda**

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos sin límites de fecha y tipo de documento. También se realizó una búsqueda en bibliotecas incluyendo libros sobre el tema. Adicionalmente se realizó una búsqueda inversa a partir de las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados con el fin de conseguir la información necesaria que permitiera la consecución de los objetivos previstos.

Toda la literatura encontrada ha sido útil, en mayor o menor medida, para la elaboración de este trabajo, acercándose en profundidad a este problema y permitiendo adquirir los conocimientos necesarios para llegar a una conclusión clara sobre el conocimiento de la literatura científica sobre la gestión clínica.

La búsqueda se realizó en bases de datos bibliográficas MEDLINE, ELSIEVER, SLIDESHARE, BBTk catálogo ULL, Google y Punto Q. En todos ellos, se ha utilizado como palabras claves: gestión clínica, gestión hospitalaria, gestión sanitaria, gobierno clínico y calidad asistencial.

En la búsqueda bibliográfica se ha tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- a) Proporcionar información sobre la gestión clínica y todo lo que ello implica, en definitiva, información sobre los objetivos planteados en esta revisión. Los estudios incluidos han sido revisiones y estudios transversales y descriptivos que trataran el tema.
- b) Se ha incluido también trabajos científicos con alto factor de impacto.
- c) Estudios publicados en Europa únicamente en español.
- d) Los artículos han sido seleccionados a partir del título y del resumen del mismo, obteniéndose a texto completo para un análisis más detenido.



Los criterios de exclusión han sido:

- a) Estudios muy antiguos y cuya implantación de las Unidades de Gestión Clínica haya sido puntual.
- b) Estudios con contenido muy general, que no ofrezcan información adicional sobre la Gestión Clínica.
- c) Estudios que expongan experiencias no significativas sobre la implantación de la Gestión Clínica y que no reflejen la calidad de la función asistencial sobre los usuarios.
- d) Estudios con contenido repetitivo.
- e) Estudios con contenido únicamente teórico sobre la Gestión Clínica.

### **2.3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

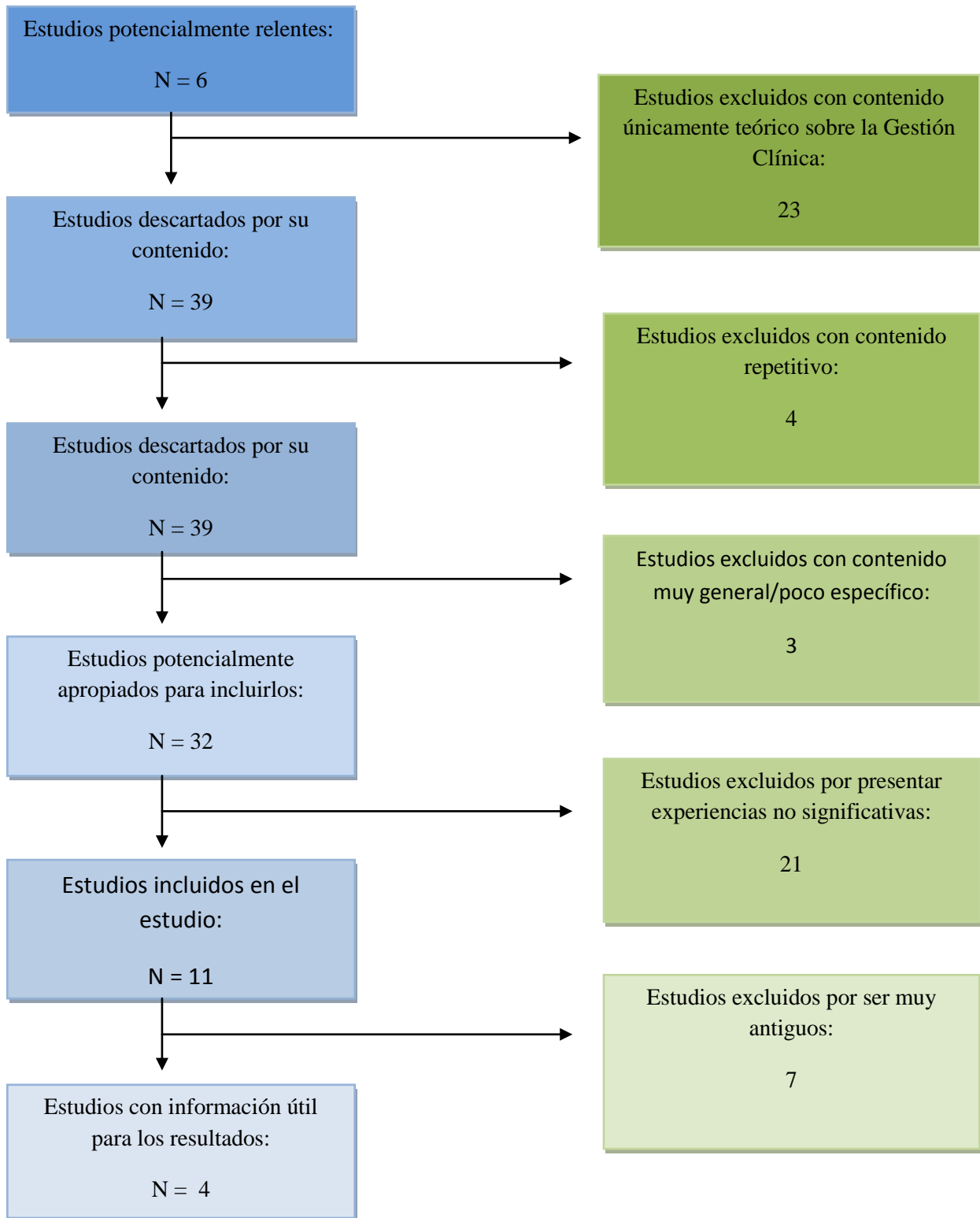
- f) Tras el estudio de los diversos artículos elegidos sobre la implantación de la Gestión Clínica se realizó una selección de resultados expuestos a continuación.
- g) Uno de los proyectos pioneros en el área estatal en la implantación de las Áreas de Gestión clínica o Institutos fue el Complejo Hospitalario Juan Canalejo en el “Área del Corazón” en A Coruña en el año 1996, donde trabajadores de varios servicios ejercían en un mismo equipo, relacionados todos ellos con el servicio de cardiología, y en la que el personal sanitario tenía autonomía para abrir más quirófanos o adquirir algún aparato. Actualmente, esta área sigue en funcionamiento.

Otros de los hospitales que mantiene el funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica es el Hospital Clínico de Barcelona, que tras 15 años aun sigue en plena evolución, siendo uno de los hospitales españoles con más experiencia en la gestión clínica, habiéndolo desarrollado además plenamente desde su inicio. Se deduce por lo tanto, que los resultados años tras año, han sido favorables y en aumento.

**Cuadro 1. Estrategia de búsqueda en la base de datos**

<b>Base de datos</b>	<b>Bibliografía</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>
<b>Google</b>	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diccionario gestión sanitaria</li> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Gestión Hospitalaria</li> <li>- Gestión de Cuidados</li> </ul>
<b>Elsevier</b>	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Implantación Gestión Clínica</li> <li>- Actualidad Gestión Clínica</li> </ul>
<b>Dialnet</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Gestión Sanitaria</li> <li>- Gestión Hospitalaria</li> </ul>
<b>Scielo</b>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Gestión Sanitaria</li> <li>- Gestión Hospitalaria</li> </ul>
<b>Slideshare</b>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Gestión Sanitaria</li> <li>- Gestión Hospitalaria</li> </ul>
<b>PuntoQ</b>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión Clínica</li> <li>- Gestión Sanitaria</li> <li>- Gestión Hospitalaria</li> </ul>

**Cuadro 2. Diagrama de flujo de estudios incluidos y excluidos**



En el año 2008 en el Hospital Clínico de Barcelona se realizó un estudio para conocer las características que llevan a los ingresos y estancias hospitalarias inadecuadas mediante la aplicación del nuevo modelo de gestión clínica, cuyos resultados tras la aplicación del instituto fueron favorables en cuanto a la mejora de la estancia media de los pacientes, reduciendo los días de ingreso.

El Sistema Andaluz de Salud (SAS) hace 18 años que inició su experiencia en la implantación de las Unidades de Gestión Clínica, por lo que la experiencia de Andalucía es notablemente mayor en cuanto a los problemas que puede presentar, los éxitos obtenidos y las limitaciones que podría tener su implantación. Dichas unidades se han implantando tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, donde “suponen casi el 80% de las unidades asistenciales en 2010”<sup>21</sup> (ver anexos 2, 3, 4).

En definitiva, tras 18 años de experiencia en lo que respecta al nivel macro, no se han conseguido grandes avances, pero tampoco regresiones. En algunos de los casos se ha ido mejorando el funcionamiento de las unidades.

Una de las primeras experiencias en que se realizaron en el Servicio de Salud del Principado de Asturias fue en el 2009, construyendo cinco Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, calificándolos como unidades piloto con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios prestados. Los resultados fueron varios;

- Por parte de los ciudadanos que acuden a los servicios de salud, muestran una mayor satisfacción por la asistencia sanitaria recibida que la que tenían previamente.
- Un análisis conjunto de las Unidades de Gestión Clínica muestra que son más “eficaces en sus actividades clínicas que el global de los centros de salud del SESPA”<sup>21</sup>.
- El desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica, ha colocado a estos centros de Atención Primaria como unos de los mejores.
- Demuestra ser favorable para generar un clima de trabajo positivo.

Más tarde, en otro de los estudios realizados en Centros de Salud de Asturias (Centro de Salud Trevias, Centro de Salud Luanco, Centro de Salud La Fresneda, Centro de Salud Arriondas, Centro de Salud Ribadesella, Centro de Salud Covera, Centro de Salud Moreda, Centro de Salud Laviana y Centro de Salud Caso-

Sobrescobio), en el 2012 con el fin de conocer si el cambio de los Equipos de Atención Primaria hacia Unidades de Gestión Clínica generó cambios en la satisfacción de los usuarios de estos centros. Tras el análisis de los resultados, se concluyó que salvo en dos de las variables estudiadas (valoración del tiempo de espera en la hora de la cita, y el tiempo de espera para entrar en la consulta) no se observaron mejorías notables en cuanto a la percepción de la satisfacción del ciudadano.

En el presente año se realizó en el Hospital Universitario Central de Asturias un estudio con el objetivo de valorar el grado de satisfacción de los usuarios del área de Gestión Clínica del Corazón en dicho hospital. La evaluación de los resultados mostró una gran satisfacción por parte de los usuarios hacia los servicios prestados por los profesionales, llegando incluso a mejorar respecto al pasado año 2014.

### **3. CONCLUSIONES**

1. La revisión de los estudios seleccionados ha mostrado que la implantación de la Gestión Clínica:

- Ofrece un servicio clínico más eficiente y efectivo.
- Hay una mayor satisfacción por parte de los usuarios en la atención asistencial.
- Hay una mejora notable en las relaciones entre los profesionales, creando un clima de trabajo positivo.

2. La implantación de la Gestión Clínica en Unidades de Atención Primaria tiene la misma eficacia y eficiencia que en Unidades de Atención Especializada.

3. Las experiencias de la Gestión Clínica ha puesto de manifestó tres tipos de unidades- Gobierno Clínico- Unidad de Gestión Clínica- Institutos- no se diferencian en los resultados de su aplicación.

4. La implantación de la Gestión Clínica y sus áreas ofrece mejorías.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró S. del Llano J., Quecedo K. Villar N., Rigada F. Ruiz J. Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Fundación Gaspar Casal. Ed. DGMM, Madrid 2010. Disponible en: <http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/gestionsantariamedicos.pdf>
2. M. Zulay-Contreras. Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales de Enfermería. Enfermería en Costa Rica, Junio 2006, vol. 27 (1). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n1/6.pdf>
3. Raigada F, Pi G (Dirs). *Gestión Clínica*. Fundación Gaspar Casal Ed., Madrid 2011. Disponible en: [http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/common/inc/display\\_file.jsp?fileID=233800089](http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/common/inc/display_file.jsp?fileID=233800089)
4. J. Cabo-Salvador. Gestión sanitaria integral: pública y privada. 1ª edición 2010. Ed. Centro de Estudios Financieros <http://www.gestion-sanitaria.com/2-nuevas-formas-gestion-publica-sanidad.html>
5. J. Ventura-Victoria. Organización y gestión de la atención sanitaria. Universidad de Oviedo. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe\\_Anuar\\_Anexo\\_V.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_Anuar_Anexo_V.pdf)
6. J.R. Repullo-Labrador. Sistemas y servicios sanitarios. Ed. Díaz de Santos. [https://books.google.es/books?id=vuMYEVtkdQIC&pg=PA200&lpg=PA200&dq=Gestión+directa+por+organismos+autónomosde+carácter+administrativo&source=bl&ots=qjV6jyF\\_r&sig=vaCDI1fyXQYgGmPMmfqMObeemQc&hl=es&sa=X&ei=3mKOVeL5OMKnU5iQgIgH&ved=0CEUQ6AEwBw#v=onepage&q=Gesti%C3%B3n%20directa%20por%20organismos%20aut%C3%B3nomosde%20car%C3%A1cter%20administrativo&f=false](https://books.google.es/books?id=vuMYEVtkdQIC&pg=PA200&lpg=PA200&dq=Gestión+directa+por+organismos+autónomosde+carácter+administrativo&source=bl&ots=qjV6jyF_r&sig=vaCDI1fyXQYgGmPMmfqMObeemQc&hl=es&sa=X&ei=3mKOVeL5OMKnU5iQgIgH&ved=0CEUQ6AEwBw#v=onepage&q=Gesti%C3%B3n%20directa%20por%20organismos%20aut%C3%B3nomosde%20car%C3%A1cter%20administrativo&f=false)

7. XV Jornadas de Formación Interhospitalarias de Laboratorio Clínico “Implantación de sistemas de calidad en los laboratorios clínicos. Norma ISO. Hospital Clínico San Carlos. Disponible en: <http://www.aebm.org/jornadas/iso/2.-20MODELOS%20DE%20GESTION%20DE%20CALIDAD.pdf>
8. Temes Montes, J.L., Mengíbar Torres, M. Gestión Hospitalaria. Ed. McGraw-Hill 5º edición 2011
9. Gutiérrez Morlote J. Gestión Clínica y sentido común. Área de Ciencias del Corazón. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Rev Esp Cardiol. 2002;55:1226-9. –Vol. 55 Núm. 12. Disponible en: [www.revespcardiol.org/es/gestion-clinica-sentido-comun/articulo/13040586/](http://www.revespcardiol.org/es/gestion-clinica-sentido-comun/articulo/13040586/)
10. Colomer I Mascaró J., del Llano Señaris J. Una visión de la evolución de la Gestión Clínica en España. Los Congresos de Gestión Clínica desde 1997 hasta 2014. Rev. Gestión Clínica y Sanitaria Vol. 15, Núm 3-4 2013. Disponible en: <http://www.novartis.es/File%20Library/Novartis/Innovación/Fundacion%20SIS/Publicaciones/num-55-Revista-gestion-clinica-sanitaria.pdf>
11. Temes Montes J.L., Mengíbar Torres M. Gestión hospitalaria. Ed. McGraw-Hill 5º Edición 2011.
12. Gimeno J.A., Repullo J.R., Rubio S., Gestión clínica: Gobierno Clínico. Ed. Díaz de Santos 2006.
13. Martínez-López, G. Unidades de gestión clínica ¿una vía encubierta hacia la privatización? [Internet] Febrero, 2014. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/21581-unidades-gestion-clinica-via-encubierta-hacia-la-privatizacion.html>
14. Ruiz Iglesias L., Claves para la Gestión Clínica. Ed. McGraw-Hill 2004.
15. Santiñá Vila M. Experiencias de las unidades de gestión. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 13.5. Disponible en: <http://e->

[espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500952/n13.05\\_Experiencias\\_de\\_las\\_unidades\\_de\\_gestion\\_clinica.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500952/n13.05_Experiencias_de_las_unidades_de_gestion_clinica.pdf)

16. Galvez Zaloña R. El rol de la Dirección Asistencial en el contexto de las Unidades de Gestión Clínica. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 Tema 13.10. Disponible en: [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500965/n13.10\\_El\\_rol\\_de\\_la\\_Direccion\\_asistencial.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500965/n13.10_El_rol_de_la_Direccion_asistencial.pdf)

17. González M. Experiencias de acuerdos de gestión clínica [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 13.6. Disponible en: [http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500953&dsID=n13.06\\_Experiencias\\_de\\_acuerdos\\_de\\_Gestion\\_Clinica.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500953&dsID=n13.06_Experiencias_de_acuerdos_de_Gestion_Clinica.pdf)

18. Martí E. La gestión Clínica. Rev. Asturiana de Economía- Rae Núm 8 1997. Disponible en; <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4045127>

19. Gestión Clínica de los Centros de INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2001. Disponible en: [http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion\\_clinica.pdf](http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf)

20. Osorio Poblete V. Modelos, herramientas e instrumentos de Gestión Hospitalaria: conceptos y literatura. Madrid. Enero de 2012. Disponible en: [http://es.slideshare.net/vosorio\\_isalud/modelos-herramientas-e-instrumentos-de-gestion-hospitalaria](http://es.slideshare.net/vosorio_isalud/modelos-herramientas-e-instrumentos-de-gestion-hospitalaria)

21. Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones Paseo del Prado. Madrid, 2008.

22. Villarías López AL, Díaz Vázquez CA, Prieto Hernández M, Suárez Gutiérrez R, Mola Caballero de Rodas P, Navia Osorio JM. Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria. Calidad y eficiencia como motor de cambio. Premios Profesor Barea



9º edición 2011. Disponible en:  
<http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/ppb01.pdf>

23. Aranaz Andrés J. María., Aibar Remón C., Vitaller Burillo J., Mira Solves J. Joaquín. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Maphre. Ed. Díaz de Santos 2008.

24. Banegas Banegas José R., Conde Herrera Manuel, González López-Valcárcel Beatriz, Hernández-Vecino Ramón, Meneu de Guillerna Ricard, Olcoz Chiva María Teresa et al. Gestión clínica y sanitaria de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2003 Oct [citado el 29 de Junio de 2015]; 77( 5 ): 657-657. Disponible en:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272003000500013&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272003000500013>.

25. Pérez Lázaro JJ, et al. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista calidad asistencial 2002; 17(5): 305-11. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-gestion-clinica-conceptos-metodologia-implantacion-13034112>

26. Rodríguez Gilabert Mª. R., Rueda Pérez S. La sanidad en Andalucía: las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera. N° 5 2012. Disponible en:  
<http://www.extoikos.es/n5/pdf/5.pdf>

27. García Alonso P., Muñoz J.P., Gómez Picard P. Gestión Clínica de los cuidados de enfermería. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE). Disponible en:  
<http://www.ande.org/pdf/GestionClinica.pdf>

28. del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson, Barcelona 1998. Disponible en: <http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/pdf/paper10.pdf>

29. Una nueva forma de trabajar mirando al futuro. III Congreso de Gestión Clínica 2011 Fundación Gaspar Casal. Disponible en: [http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro\\_III\\_Congreso\\_Gestion\\_Clinica.pdf](http://www.fgcasal.org/publicaciones/Libro_III_Congreso_Gestion_Clinica.pdf)
30. Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. Med Clin (Barc) [recibido el 16 de Noviembre de 2006 y aceptado el 15 Mayo de 2007] 2008; 130 (9): 351-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-implantacion-gestion-clinica-organizacion-hospitalaria-13117352>
31. Díaz A. C. Gestión Clínica: no es el remedio de todos los males, pero que bien utilizada, soluciona muchos problemas. Disponible en: <http://www.isalud.edu.ar/material-virtual.php>
32. Temes Montes J.M., Pastor Aldeguer V., Díaz Fernandez J.L. Manual de Gestión Hospitalaria. Ed. McGraww-Hill 2º edición 1997.
33. Gestión por procesos y Gestión Clínica. Disponible en: <http://es.slideshare.net/InstitutoSudamericano/gestin-por-procesos-y-gestin-clnica>
34. Alonso E., Rubio A., March J.C., Danet A. Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. Rev. Calid Asist. [recibido el 14 de Febrero de 2011 y aceptado el 4 de Abril de 2011] 2011;26(5):281-284. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256-articulo-clima-emocional-comunicacion-interna-una-unidad-gestion-90028505>
35. Amat Díaz M., Poveda Andrés J.L., Carrera-Hueso F.J. Aplicación de la farmacoeconomía en la gestión clínica. Farm Hosp. 2011;35(Supl 2):18-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-aplicacion-farmacoeconomia-gestion-clinica-90117356>
36. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? Rev. Medicina Clínica (Barc) [recibido el 26 de Febrero de 2001 y aceptado el 20 de Abril de 2001] Vol. 117. Núm.

6. 2001. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-gestion-clinica-por-que-que-13017361>

37. Lorenzo Porto J.A. La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. Rev Adm Sanit 2003;1(4): 593-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-gestion-clinica-el-dificil-13055252>

38. Arce Obieta J.M. Gestión clínica: ¿una nueva especialidad médica? Rev Adm Sanit. 2009;7(1):113-23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-gestion-clinica-una-nueva-especialidad-medica-13136969>

39. Zabalegui A. Gestión clínica y del conocimiento enfermero en proceso de cambio. Enferm Clin. 2014;24(4):209-210. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-gestion-clinica-del-conocimiento-enfermero-90334114>

40. Tamborero Cao Gaspar, Gómez Nadal Amalia, García Pineda Atanasio, Miguélez Chamorro Angélica, Canet Martorell Rosa, Esteva Cantó Magdalena. Autonomía clínica y de gestión: Percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Jun 29]; 85(6): 569-581. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000600006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600006&lng=es).

41. Delgado Velilla F., Mora Martínez J.R. Implantación de un modelo de calidad basado en gestión clínica por procesos en un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Rev esp cir ortop traumatol. 2012;56(1):80-93. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-implantacion-un-modelo-calidad-basado-90095689>

42. Juliá J., Gómez F.T., Lozano P., Corominas C., Rimbau E.M. Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular: Resultados de la aplicación de algoritmos de manejo clínico. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2003 Oct

[citado 2015 Jun 29]; 17(5): 430-432. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112003000500014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000500014&lng=es).

43. Castro Beiras A., Escudero Pereira J.L., Juffe Stein A., Sánchez C.M., Caramés Bouzán J. El “Área del Corazón” del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol* 1998;51: 611-619. Disponible en: [http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=326&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=155&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=C510801.PDF](http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=326&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=155&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=C510801.PDF)

44. Echevarria Ruiz de Vargas C. Unidad de gestión clínica: rehabilitación. Resultados del primer año. Madrid [recibido el 31 de Agosto de 2007 y aceptado el 18 de Abril de 2008] 2008;42(4):173-81. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-unidad-gestion-clinica-rehabilitacion-resultados-13125102>

45. Prat A., Bertrán M.J., Santiñá M., Vilella A., Asenjo M.A., Trilla A. Organización en institutos de gestión clínica (centros orientados al paciente): descripción de la utilización hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. [manuscrito recibido el 20 de Febrero de 2007 y aceptado el 17 de Abril de 2007] 2008;23(1):21-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-organizacion-institutos-gestion-clinica-centros-13114442>

46. Díaz Corte Carmen, Suárez Álvarez Óscar, Fueyo Gutiérrez Alejandra, Mola Caballero de Rodas Pablo, Rancaño García Iván, Sánchez Fernández Ana María et al . Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Jun 29]; 27(6): 502-507. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000600006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000600006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.012>.

47. Delgado Sánchez María José, Rollón-Mayordomo Ángel, Salazar-Fernández Clara I., Joshi-Otero Joel, Coello-Suances José Antonio. Modelo y cumplimentación de alta hospitalaria de la unidad de gestión clínica de cirugía oral y maxilofacial: cómo mejorarlo. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* [revista en la Internet]. 2012 Sep

[citado 2015 Jun 29]; 34(3):111-117. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-05582012000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582012000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.10.002>.

48. Porcel-Gálvez Ana M<sup>a</sup>, Martínez-Lara Concepción, Gil-García Eugenia, Grao-Cruces Alberto. Construcción y validación del cuestionario G\_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Jun 29]; 88(3): 419-428. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272014000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000300011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300011>.

49. Díaz Sánchez S., Lobos Bejarano J.M., González-Juanatey J.R. Fibrilación auricular: de la detección al tratamiento. Papel del médico de familia, del cardiólogo y de otros especialistas. Nuevos modelos de gestión clínica. Aten Primaria. 2013;45 Supl 1:18-29. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fibrilacion-auricular-deteccion-al-tratamiento--90200534>

50. González B.L.M. El modelo de gestión clínica en la Clínica de Nuestra Señora de La Paz. Universitas Médica 2007 Vol. 48 Núm. 3. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/5-MODELO%20GESTION.pdf>

51. Margolles M., Donate I., Margolles P. ¿Son capaces las Unidades de Gestión Clínica de mejorar la satisfacción del usuario? Gestión Clínica en Asturias. I Jornadas Técnicas 2012. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/ambulatory-care-sensitive-conditions-y-gestion-clinica/>

52. Santiñá M., Arrizabalaga P., Prat A., Alcaraz A., Campistol J.M., Trilla A. Instituto de gestión clínica para las enfermedades nefrourológicas: utilidad de un programa de calidad asistencial. Nefrología 2009;29(2):118-122. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-instituto-gestion-clinica-las-enfermedades-nefro-urologicas-utilidad-un-programa-calidad-X021169950900487X>

53. Parra Eduardo, Arenas M. Dolores, Álvarez-Ude Fernando. Gestión clínica en nefrología: resultados y costes. *Nefrología (Madr.)* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 29]; 34(3): 273-275. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952014000300001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000300001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Mar.12228>.

54. Guía Docente. Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario A Coruña. 2010. Disponible en: [http://hospitalcoruna.sergas.es/docencia/fespecializada/Guias\\_Docentes\\_Assistenciales/Guía%20docente%20de%20Cardiología.pdf](http://hospitalcoruna.sergas.es/docencia/fespecializada/Guias_Docentes_Assistenciales/Guía%20docente%20de%20Cardiología.pdf)

55. F. Luna-Cabrera., M.V. Olmol-Carmona, M.A. Ruiz-Ruiz., F. Ruiz-Sánchez., A.M. Pastrana-Jiménez. Unidad de gestión clínica de rehabilitación y aparato locomotor: una nueva propuesta de gestión. *Rehabilitación (Madr)*: 2009;43 (3): 123-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-unidad-gestion-clinica-rehabilitacion-aparato-13139542>

56. C. Ferrer-Arnedo. La enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(2): 261-74. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-enfermeria-comunitaria-un-modelo-13139762>

57. Aguilera M, Prieto A. Gestión Clínica en Atención Primaria; retos de la gestión integrada [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014. Tema 13.2. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500949/n13.02\\_Gestion\\_Clinica\\_en\\_atencion\\_primaria.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500949/n13.02_Gestion_Clinica_en_atencion_primaria.pdf)

58. L. García-Rigueras. Monitorización permanente de la calidad percibida por los pacientes ingresados en Hospital de Día del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital Universitario Central de Asturias. Trabajo fin de máster. Universidad de Oviedo. Junio 2015. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/31307>

59. J. Matías-Guiu, R. García-Ramos, M. Ramos y J. Soto. Unidades de gestión clínica en Neurociencias. 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.001>

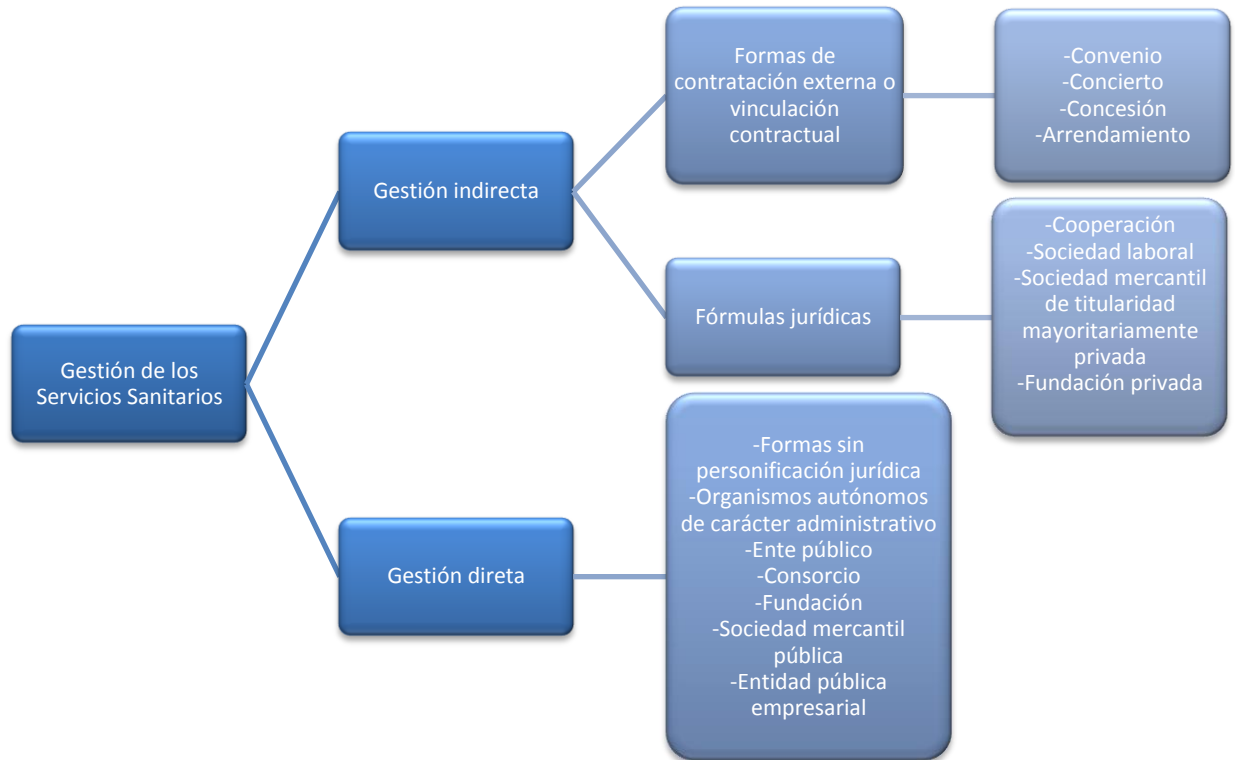
60. S. Guerrero-León. Estudio de las caídas intrahospitalarias en una Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Trabajo fin de máster. Universidad de Oviedo. Mayo 2015. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/31296/6/Sheila%20Guerrero.pdf>

61. K. Odriozola-Azula. Diferentes modelos de Gestión de las Instalaciones deportivas municipales. 2008. Disponible en: [http://www.thinkgaureuskadi2020.eus/adjuntos/pnvDocumentos/8154\\_archivo\\_e.pdf](http://www.thinkgaureuskadi2020.eus/adjuntos/pnvDocumentos/8154_archivo_e.pdf)

62. Martín Martín JJ. Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Tema 5.4 Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500622/n5.4\\_formas\\_directas\\_e\\_indirectas\\_de\\_gestio\\_n.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500622/n5.4_formas_directas_e_indirectas_de_gestio_n.pdf)

## 5. ANEXOS

### Anexo 1: Tipos de Gestión Hospitalaria





**Anexo 2:** Mapa de Unidades de Gestión Clínica 2015. Distrito de Atención Primaria



**Anexo 3:** Mapa de Unidades de Gestión Clínica 2015. Distrito de Áreas de Gestión Sanitaria



Anexo 4: Mapa de Unidades de Gestión Clínica 2015. Distrito de Hospitales

