

Áreas clínicas: planificación y creación de institutos y unidades en un hospital del Sistema Nacional de Salud

Julio M. Vila-Blanco^a, José A. de Pedro-Moro^b y César Escribano-Ulívarri^c

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico. Salamanca. España.

^cServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Santos Reyes. Burgos. España.

Resumen

Introducción. Las áreas clínicas se enmarcan en los Nuevos Modelos de Organización (1996) y en el Plan Estratégico del INSALUD (1997). Modelo organizativo interno cuyos objetivos son: *a)* generales: adoptar sistemas de gestión clínica e integral de la asistencia sanitaria, y *b)* específicos: mejora asistencial, de la calidad y económica.

Material y método. Metodología. 1. Régimen jurídico: autonomía de gestión sin naturaleza jurídica propia. 2. Creación: *a)* estudio de factibilidad del proyecto. La comisión redactora la constituyen representantes de los facultativos de los servicios, del personal sanitario no facultativo y del personal no sanitario (órganos de representación y participación); explica la cartera de servicios y nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento a incorporar, evalúa costes y hace un análisis estratégico de la situación. El proyecto lo aprueba la gerencia y se envía a la Consejería de Sanidad (antaño, a la Dirección Territorial, que ratificaba, y a la Dirección General de Organización y Planificación del INSALUD), y *b)* homologación. Voluntad institucional de dotar a los centros sanitarios de autonomía de gestión y de factibilidad de las propuestas. Material. 1. Dotación: recursos de los servicios asignados. 2. Estructura: horizontalidad, simplicidad y operatividad. 3. Funciones: *a)* clínicas, las atribuidas a los servicios de atención especializada, y *b)* gestión, responsabilidad en el correcto funcionamiento (acciones), la actividad

del personal (tareas) y la custodia y la utilización adecuadas de los recursos materiales (recursos disponibles), con la implicación activa y responsable de los profesionales. 4. Plan de calidad: atención centrada en el paciente, medicina basada en la evidencia científica (estándares y protocolos), evaluación de las tecnologías médicas (empresa de servicios) y garantía de calidad corporativa.

Conclusiones. Modelo de gestión voluntario, innovador, participativo y descentralizado.

Palabras clave: Áreas clínicas. Institutos. Nuevos modelos de organización.

CLINICAL TEAMS: PLANNING AND CREATING INSTITUTES AND UNITS IN A SPANISH NATIONAL HEALTH SERVICE HOSPITAL

Introduction. Clinical Teams are framed within the New Organizational Models (1996) and Spanish national health system's Strategic Plan (1997). The objectives of the internal organization model are as follows: A) General: to implement health management systems in the health service. B) Specific: service, quality and financial improvement.

Material and method. Methodology. 1. Jurisdiction. Self-managing despite having no separate legal status. 2. Creation: *a)* feasibility study and project viability. The drafting committee consisted of representatives of the Services' physicians, other health professionals and non-health employees (Representation and Participation Organizations), and explained the portfolio of specialty services and new diagnosis and treatment techniques to be implemented. Costs and a strategic analysis of the situation were evaluated. The project was approved by management and was sent to the Ministry of Health (formerly to

Correspondencia: Dr. J.M. Vila y Blanco.
Avda. Pocito de las Nieves, 4, 2.º A.
28231 Las Rozas. Madrid. España.
Correo electrónico: jmvilab@telefonica.net

Manuscrito recibido el 3-3-2007 y aceptado el 4-7-2007.

the Territorial Health Agency (ratified) and to the Spanish national health system's General Directorate for Organization and Planning); b) homologation: institutional approval of health centers' self-management and the feasibility of the proposals. Material. 1. Resources. Resources of the assigned Services. 2. Structure. Horizontality, simplicity and operativity. 3. Purpose: a) clinical: role assigned to Specialized Care Services; b) management: responsibility for proper working order (actions), personnel performance (tasks), and custody and use of material resources (available resources), carried out with active and responsible participation of all departments. 4. Quality plan: patient-oriented care, evidence-based medicine (standards and protocols), evaluation of medical technologies (service corporation) and corporative quality guarantee.

Conclusions. A voluntary, innovative, participative and decentralized management model.

Key words: *Clinical teams. Institutes. New organizational models.*

Introducción

Las áreas clínicas se enmarcan en los Nuevos Modelos de Organización (1996) y en los planteamientos del Plan Estratégico del INSALUD (1997) como una alternativa a la tradicional configuración de nuestros hospitales^{1,2}.

El control y la garantía de eficiencia y legalidad se establecen a través de la dirección-gerencia del hospital en el que está integrado.

El área clínica de un hospital del Sistema Nacional de Salud (SNS) es un modelo organizativo interno, para facilitar la gestión clínica y la atención integral del paciente³. Sus características básicas de funcionamiento son:

– Integra servicios clínicos complementarios en una estructura funcional común (instituto) o un servicio clínico (unidad de gestión clínica).

– La agrupación de servicios y especialidades relacionados con procesos asistenciales homogéneos, por líneas de producto/servicio.

– Están basados en la atención focalizada en el paciente.

– Pueden incluir también servicios o unidades clínicas del hospital, cuya actividad esté vinculada a la cartera de prestaciones/servicios ofertada.

– Dirección única, a cargo de personal sanitario (facultativo con plaza en propiedad) nombrado como coordinador.

– Se componen de equipos interdisciplinarios de profesionales.

– Dotados de esquemas organizativos sencillos, con pocos niveles jerárquicos, mucha y fluida comunicación y participación interna, y rapidez en la toma de decisiones.

– Dependiente jerárquicamente y tutelados por la gerencia del hospital.

– Su sistema de trabajo se basa en la gestión clínica.

– Autonomía de gestión, pero sin personalidad jurídica propia.

– Tienen asignados unos recursos definidos y un presupuesto anual.

– Gestión directa de sus recursos materiales y humanos.

– Tienen organización y normas internas propias.

– Evaluación continua del balance de resultados clínicos, económicos y de calidad.

Objetivos generales

Adoptar sistemas de gestión clínica basada en estándares, guías de actuación (protocolos, guías clínicas y vías clínicas), que permitan reducir la variabilidad en la actuación clínica para garantizar la eficiencia, la eficacia y la calidad asistencial.

Gestión integral de la asistencia sanitaria del paciente, sobre la base de procesos clínicos, en el menor tiempo posible.

Integrar a todos los profesionales en la toma de decisiones, asumiendo responsabilidades en la utilización y optimización de los recursos, para facilitar el desarrollo profesional y la incentivación del esfuerzo a realizar conforme a resultados.

Potenciar el trabajo coordinado e interrelacionado de las diferentes especialidades que componen el instituto o la unidad, orientado al paciente y establecer una organización de estructura horizontal.

Objetivos específicos

Mejora asistencial. El modelo organizativo que se pretende implantar mediante la creación de un instituto o una unidad permitirá alcanzar los objetivos establecidos en el contrato de gestión. En su plan de mejora asistencial, el instituto o unidad se debe comprometer a elaborar y llevar a cabo un plan de coordinación con atención primaria, y ofertar su cartera de servicios a otras áreas sanitarias carentes de líneas de producto disponibles en él, además de potenciar o crear las consultas de alta resolución. Compromiso de mejora en la cumplimentación de la documentación clínica, con la finalidad de obtener una información más precisa, y, mediante la codificación, conseguir registrar de forma fiel el proceso asistencial y su reflejo en el peso relativo.

Mejora de la calidad. El instituto o unidad desarrollará un programa de calidad total, que debe estar contemplado como línea de acción en el plan estratégico del hospital, y cuya finalidad es alcanzar el nivel de excelencia empresarial en un plazo máximo de 4 años. A la vez, se compromete a alcanzar los objetivos institucionales de calidad ya establecidos en el contrato de gestión. Las herramientas básicas para la mejora de la calidad serán los protocolos, guías clínicas y vías clínicas, así como la medicina basada en la evidencia científica.

Mejora económica. Estos objetivos están orientados hacia la optimización de la relación coste-efectividad por medio de: *a)* participación en los procesos de negociación con proveedores (implantes, material quirúrgico, nuevos equipos), en el marco de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas; *b)* cumplimiento del contrato de gestión; *c)* aplicación de protocolos de las consejerías en la utilización de pruebas diagnósticas, y *d)* establecimiento de economías de escala, pues al compartir recursos entre especialidades se reducen costes operativos y estructurales.

Material y método

Metodología

La creación de un área clínica, sea un instituto (concebido como agrupación de especialidades que atienden procesos interrelacionados) o una unidad clínica (una sola especialidad), que permite el desarrollo de un modelo organizativo moderno basado en el diseño voluntario, responsable y efectivo de gestión clínica, tiene que estar contemplado en el plan estratégico del hospital que lo va a solicitar. Y las especialidades que la forman se definen en la comisión de dirección.

Previsión normativa y régimen jurídico

En el ordenamiento sanitario aparece recogida una figura que ampara la constitución de las áreas clínicas (aunque en las normas reguladoras de la organización y planificación sanitaria no existe una previsión nominal idéntica de área clínica). Ello queda reflejado en el artículo 4 y 27 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD⁴.

En su condición de instituciones sanitarias sin naturaleza jurídica propia, integradas en un hospital, las áreas clínicas estarán sujetas al mismo régimen jurídico que el hospital al que pertenezcan.

Creación

La propuesta de creación de un área clínica será:

1. Iniciativa de la Consejería de Sanidad/Salud: por criterios de planificación, organización y gestión. Apuesta institucional por las nuevas formas de gestión clínica⁵⁻⁸.

2. Iniciativa del hospital: por criterios de gestión y oportunidad, justificada su necesidad en el plan estratégico. Necesidad de mejorar la eficiencia y calidad asistencial: implica participación de los profesionales, mejora del modelo organizativo y fomenta el trabajo en equipo. La oportunidad de las obras de ampliación y reforma o la creación de un hospital permite establecer la ubicación física del área clínica. Precisa apoyo incondicional por parte de la consejería, el equipo directivo del hospital y las organizaciones sindicales para la creación del instituto o unidad. Cumplimiento del contrato de gestión del hospital. Disponibilidad de sistemas de información clínicoadministrativa y económica (GECLIF)⁹.

3. Iniciativa de los profesionales: formulada por escrito y firmada por la mayoría (2/3) del personal facultativo de los servicios o unidades que se pretendan adscribir al proyecto, y debe incluir: servicios o unidades, relación de peticionarios y firma, oferta asistencial del área clínica y la memoria justificada y oportunidad del proyecto. Compromiso, voluntad e ilusión de todos los profesionales por aplicar estas nuevas formas de gestión.

La iniciativa para la creación de un área clínica tiene que contar con el respaldo de todos los profesionales implicados (la mayoría) y ser asumida por el equipo directivo, expresando su compromiso para desarrollar dicho proyecto (elaborar el proyecto de factibilidad, revisar

otras experiencias y adaptarlas a las características del hospital) y adoptar la decisión de transmitir dicho interés a los servicios centrales¹⁰. La dirección-gerencia solicitará por escrito a la Consejería de Sanidad/Salud su autorización para comenzar los procedimientos necesarios (hay diferentes fases) que permitan la creación del área clínica^{11,12}. Tras la autorización, si el proyecto es factible, tienen que comenzar los contactos y reuniones con los representantes sindicales, a través de la junta de personal y el comité de empresa, junta técnico-asistencial y, a través de cada dirección, con los distintos profesionales implicados. Tras ser debidamente informados, se constituye la comisión redactora del estudio de factibilidad y se procede a realizarlo (en el INSALUD, se solicitaba autorización a la Dirección General de Planificación y Organización, que recababa la opinión de la Dirección General de Especializada y Primaria, para iniciar el estudio de factibilidad).

Factibilidad del proyecto. Se tiene que realizar el estudio de factibilidad con la colaboración de todos los profesionales del área y la dirección del hospital; hay que determinar las especialidades que formarán el instituto o las unidades, con una cartera de servicios por especialidades y nuevas técnicas diagnósticas y de tratamiento a incorporar. Se tiene que realizar una evaluación de los costes, tanto de personal como de material de consumo (implantes, medicamentos), costes por utilización de otros servicios, costes estructurales (logística, celadores, informática), costes de administración (control de gestión, registro), y determinar la actividad asistencial, basada en los objetivos del contrato de gestión de los años anteriores, concretándolos para el año siguiente, y nuevas acciones a desarrollar. Hay que realizar un análisis estratégico (plan estratégico) de la situación del área clínica a crear, que recoge los datos contenidos en el plan estratégico aprobado por la Consejería, y los datos específicos de las especialidades, mediante:

– Análisis externo: *a)* marco general de actuación; *b)* escenario legal; *c)* estudio demográfico, y *d)* estudio socioeconómico.

– Análisis específico: frecuentación hospitalaria, número de altas, características de los pacientes, su procedencia, etc.

– Análisis interno: *a)* recursos (estructura física, recursos humanos, recursos materiales, equipamiento inventariado); *b)* análisis de actividad y casuística (consultas primeras, sucesivas, intervenciones quirúrgicas, GRD más utilizados); *c)* análisis de los sistemas de información: desarrollo del sistema de gestión presupuestaria y del proyecto GECLIF. Utilizar los recursos en lo relativo a archivo de historias clínicas, citación en consultas externas e inclusión en lista de espera quirúrgica, y *d)* análisis económico financiero: mediante convenios, tarifas con accidentes de tráfico y de trabajo.

El proceso de creación de centros autónomos tiene que cumplir 4 requisitos básicos: mejora de la calidad del servicio, factibilidad económica-presupuestaria del proyecto, gestión adecuada de los centros y suficiente consenso interno.

Aprobación del estudio de factibilidad. En la comisión redactora del estudio de factibilidad tiene que estar presente la dirección del hospital, representantes de los facultativos de los servicios y unidades de adscripción (para que el estudio pueda ser presentado, deberá contar con la conformidad de al menos 2/3) y los colectivos del personal sanitario no facultativo y personal no sanitario que se vincularán al área clínica, a fin de que puedan informarse sobre el contenido del documento y hacer constar sus opiniones. El estudio de factibilidad, en primera instancia, lo aprueba la gerencia, después de haber oído a los órganos de representación y participación. Con posterioridad, el acuerdo de aprobación lo tiene que ratificar la Consejería de Sanidad o Salud.

Proceso de homologación-acreditación. La homologación tiene 2 requisitos básicos bien diferenciados: la voluntad institucional mantenida de dotar a los centros sanitarios de autonomía real y la factibilidad de las propuestas de los centros como garantía de cambio del sistema. Dentro del escenario propuesto en el Plan Estratégico (1997)¹ se establecen 3 fases bien diferenciadas:

– Fase A: proceso de garantías de homologación (obligatoria para todos los centros). Es aplicable a las áreas clínicas, al no tener naturaleza jurídica propia y sí autonomía de gestión.

– Fase B: proceso de homologación.

– Fase C: adopción de medidas especiales.

Material: dotación

El área clínica gestiona los recursos de los servicios y unidades asignados. Con carácter previo al comienzo de las actividades, y una vez elegidos sus órganos directivos, se redactará un acta de constitución, firmada conjuntamente por la gerencia del hospital y la dirección del área clínica (fig. 1). El acta incluye la siguiente información:

- Recursos humanos: con puestos de trabajo, por categorías profesionales, y relación nominal de las personas que los desempeñan, así como el tipo de vinculación jurídica que mantienen con el hospital y la duración de esa vinculación, cuando proceda.
- Equipamiento y mobiliario: inventariado y valorado.
- Espacios físicos e instalaciones asignadas al área clínica, inventariados.
- Material almacenado afecto al área clínica, valorado al último precio unitario que fue pagado por el hospital.
- Presupuesto asignado a los servicios y unidades adscritos al área clínica para el ejercicio en el que se inició su actividad, prorrateado en función de la fecha de su puesta en marcha.
- Otras obligaciones y derechos adscritos al área clínica: contratos de mantenimiento, compras o servicios devengados, equipamiento previsto en planes de necesidades del hospital, etc.
- Reseña de la participación que le es imputable por compartir recursos con otros servicios no asignados al área clínica.

Estructura

El esquema organizativo es sencillo, permite la fluidez de las comunicaciones internas y rapidez en la toma de decisiones. Hay que garantizar la horizontalidad, simplicidad y operatividad.

El área clínica tiene 3 niveles básicos de responsabilidad: a) el núcleo coordinador: comité directivo; b) el núcleo directivo: coordinador del área clínica, y c) el núcleo operativo: unidades clínicas.

Comité directivo. Está constituido por el coordinador del área clínica y por los responsables de las unidades clínicas que la integran. El presidente del comité es el gerente del hospital o persona que

designa. Una vez constituido el comité directivo del área clínica dispone de 2 meses de plazo para la elaboración de un documento de normas internas, donde se recogen las normas que regularán la actividad y la organización del área clínica y se establecen garantías de legalidad y de eficiencia. El documento de normas internas debe reflejar:

- Espacio físico e instalaciones asignadas a la nueva organización inventariados.
- Recursos humanos y descripción de los puestos de trabajo.
- Organigrama.
- Equipamiento y mobiliario inventariado y valorado.
- Propuesta de financiación basada en la actividad.
- Presupuesto indicativo para el primer ejercicio de puesta en funcionamiento (análisis de costes).
- Normas de funcionamiento.

Coordinador del área clínica. Es un órgano unipersonal, que asume la responsabilidad de la gestión del área clínica, y es nombrado mediante el procedimiento de libre designación, por propuesta del comité directivo del área clínica y el gerente del hospital. El coordinador del área clínica tiene las responsabilidades asignadas en el artículo 26 del Real Decreto 521/1987⁴.

Unidad clínica/unidad de gestión clínica. Es la estructura organizativa más elemental que integra el área clínica. Tiene funciones y/o productos bien definidos: realiza una actividad asistencial definida y cuantificable, utiliza equipamiento, instalaciones y espacios físicos definidos. El nombramiento y cese de los responsables de las unidades clínicas se realizará a propuesta del coordinador del área clínica.

Funciones

Las áreas clínicas de un hospital público del SNS tienen que definir, en primer lugar, su misión. Las funciones que adopta son:

Funciones clínicas. Las áreas clínicas tienen asignadas todas las funciones que la normativa vigente atribuye a los servicios de atención

			Cirugía general	Otros (digestivo)	Total	
Personal facultativo	Disponibles	Jefe de servicio				
		Jefe de sección				
		Adjunto/facultativo especialista				
	Futuro	Jefe de servicio				
		Jefe de sección				
		Adjunto/facultativo especialista				
			ATS/DUE	Auxiliar de enfermería	Otros	Total
Personal sanitario	Disponibles					
	Futuro					
			Auxiliares administrativos	Celadores	Otros	Total
Personal no sanitario	Disponibles					
	Futuro					

Fig. 1. Recursos humanos de un área clínica (instituto o unidad de gestión clínica).

TABLA 1. Cartera de servicios y nuevas acciones asistenciales de un área clínica (instituto o unidad de gestión clínica)*

<p>Actividad quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> Cirugía endocrinológica Cirugía de la mama (ganglio centinela, cirugía reductora y reconstructiva posmastectomía) Cirugía torácica Cirugía vascular Cirugía de pared abdominal Cirugía de partes blandas Cirugía digestiva Cirugía proctológica Cirugía laparoscópica (básica y avanzada) Cirugía mayor ambulatoria Trasplantes Obesidad mórbida <p>Actividad asistencial</p> <ul style="list-style-type: none"> Endoscopia programada (con aparato digestivo) Hospitalización Interconsultas Consultas externas Consultas de alta resolución Urgencias externas e internas Guardias o atención continuada (presencia física y/o localizable) Guardias para endoscopia (con aparato digestivo) Docencia posgrado 	<p>Técnicas diagnósticas (con aparato digestivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Panendoscopia oral pH-metría esofágica Rectosigmoidoscopia Colonoscopia Biopsia intestinal endoscópica Estudio intestinal con cápsula Biopsia hepática percutánea Paracentesis diagnóstica Laparotomía Laparoscopia Investigación Cribado de cáncer (mama, colon, esófago, gástrico, endocrino) Eco-endoscopia Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) Manometría esofágica Ecografía endoanal Manometría endoanal <p>Técnicas terapéuticas (con aparato digestivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Extracción de cuerpos extraños Escleroterapia Electrocoagulación Fulguración con plasma-argón Polipectomía endoscópica Gastrostomía endoscópica percutánea Paracentesis terapéutica Dilatación neumática endoscópica Colocación de prótesis intestinales endoscópicas (<i>stent</i>) CPRE
--	---

*Según el tamaño o el grupo del hospital y del servicio de cirugía y los otros servicios.

especializada, en el ámbito preventivo, asistencial, docente e investigador, en relación con el grupo específico de procedimientos incluidos en su oferta (tabla 1 y fig. 2).

Funciones gestoras. Las áreas clínicas tienen capacidad de gestión, tienen la responsabilidad del correcto funcionamiento de las unidades, de la actividad del personal, así como la custodia y la utilización adecuada de los recursos materiales asignados^{13,14}.

Funciones de gestión clínica. La gestión clínica supone la gestión de las acciones, tareas y los recursos disponibles para mejorar la salud de los pacientes, realizada con la implicación activa y responsable de los profesionales. Se basa en la toma de decisiones con criterios de adecuación y coherencia en la utilización de recursos, respecto a sus propios objetivos sanitarios y los institucionales. Es un proceso de gestión de recursos sanitarios disponibles para satisfacer las demandas de atención de los ciudadanos de un modo rápido, homogéneo, efectivo, coordinado, equitativo y eficiente. Incorpora conceptos de calidad y eficiencia en la práctica clínica, "maximizando la efectividad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios a un coste social razonable y sostenible, y aceptando que la ética médica individual debe asumir la preocupación por el bien común, consistente en que no debe considerarse sólo el bienestar individual del paciente actual, sino el bienestar de todos los pacientes de otros médicos e incluso de los pacientes potenciales del sistema"¹³⁻¹⁶.

Contrato de gestión

La norma-marco que regula la relación entre el área clínica y su hospital es el acuerdo de gestión anual (contrato de gestión), que debe ir acompañado de la memoria de gestión del área clínica correspondiente al año anterior. El coordinador del área clínica y el director gerente del hospital firmarán con la consejería el correspondiente contrato de gestión. El acuerdo de gestión (contrato de gestión) incluye:

- Cartera de servicios, con los procesos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofertados y sus respectivas tarifas.
- Objetivos del área clínica.
- Actividad asistencial, docente e investigadora.
- Indicadores de calidad (científicotécnica, satisfacción del paciente y la calidad percibida).
- Financiación: previsión de ingresos (presupuesto, programas especiales y otros), y previsión de gastos (basados en la actividad).

La memoria de gestión incluirá un resumen de valoración general de los datos más significativos del área clínica del último año, y un apartado con los objetivos del área clínica, referidos a actividad, calidad, investigación, docencia, recursos y costes.

Previo a la firma del contrato de gestión, se informará al comité directivo del área clínica.

Plan de calidad total

El área clínica es un modelo organizativo para la gestión clínica, basado en los conceptos de atención focalizada o centrada en el paciente (tabla 2).

La calidad total debe dar respuesta a: satisfacción del paciente, excelencia de los profesionales y su práctica, organización, valor añadido como empresa de servicios y garantía de calidad corporativa¹⁷⁻¹⁹.

El concepto de calidad está implícito en la cultura clínica, por lo que es necesario construir sobre esta base:

- La práctica de la medicina basada en la evidencia científica para fomentar la excelencia clínica y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- La evaluación de las tecnologías medicosanitarias, desde los aspectos de eficacia, necesidad, seguridad y eficiencia.
- La adecuación, buscando la mejor combinación de prestaciones, estructuras, tecnologías y profesionales.
- Sistemas de información propios de la gestión clínica.
- Organización desde la atención focalizada o centrada en el paciente.

Actividad quirúrgica		Actual	Siguiente	S-A
			Previsión	% Desv
Medios propios	Intervenciones quirúrgicas programadas con el hospital			
	Intervenciones quirúrgicas programadas ambulatorias			
	Total CMA (incluidas en intervención quirúrgica programada)			
Medios ajenos	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas de LEQ			
	Intervenciones quirúrgicas de facultativos propios			
	Intervenciones quirúrgicas en hospital de apoyo			
	Intervenciones quirúrgicas en centros concertados			

Objetivos de lista de espera quirúrgica		Actual	Siguiente	S-A
			Previsión	% Desv
Lista de espera quirúrgica total				
Demora máxima				
Demora media (lista de espera del hospital)				
Índice entradas/salidas de LEQ				
Porcentaje de salidas por depuración (lista de espera del hospital)				

Urgencias		Actual	Siguiente	S-A
			Previsión	% Desv
Urgencias totales				
Urgencias no ingresadas				

Hospitalización		Actual	Siguiente	S-A
			Previsión	% Desv
Generales				
Número de alta				
Estancia media global con extremos				
IEMA				
Peso medio				
N.º outliers				
N.º de reingresos				

Cirugía general	
Consultas externas	
Consulta primera	Demora media
	Demora máxima
Lista de espera quirúrgica	Demora media
	Demora máxima

Fig. 2. Actividad asistencial de un área clínica (instituto o unidad de gestión clínica). LEQ: lista de espera quirúrgica; S-A: siguiente-actual; % Desv: porcentaje de desviación; CMA: cirugía mayor ambulatoria; IEMA: índice de estancia media ajustada.

Resumen final

Los requisitos básicos para la creación de un área clínica son:

1. Mejorar la calidad del servicio.
2. Factibilidad económico-presupuestaria del proyecto.

3. Gestión adecuada de los recursos, de la actividad y los resultados.

4. Consenso interno de la totalidad o la mayoría de los profesionales.

5. Disponer de contabilidad analítica.

6. Calidad con excelencia empresarial (modelo de la EFQM).

TABLA 2. Plan de calidad de un área clínica (instituto o unidad de gestión clínica)

Apuesta por un plan de calidad total, aspirando a conseguir el nivel de excelencia empresarial, optando por los criterios establecidos por la EFQM (Fundación Europea de Calidad Empresarial), a través de la autoevaluación.

Los conceptos fundamentales que se desarrollarán se basan en:

- Orientación del instituto hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y constancia de los objetivos
- Gestión por procesos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social

La estructura del modelo comprende 9 puntos (EFQM):

- Liderazgo
- Política y estrategia
- Personas
- Alianzas y recursos
- Procesos
- Resultados en los clientes
- Resultados en las personas
- Resultados en la sociedad
- Resultados clave

Bibliografía

1. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Plan Estratégico. El libro azul. Madrid: INSALUD. Diciembre, 1997.
2. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Subdirección General de Organización. Áreas Clínicas de hospitales del INSALUD. Madrid; 1999.
3. Castro Beiras A, Escudero Pereira JL, Juffe Stein A, María Sánchez C, Caramés Bouzas J. El área del corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:611-9.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD. Madrid; 1987.
5. Gobierno de La Rioja. Decreto 16/2004, de 20 de febrero. Reglamento sobre estructura y organización de los hospitales gestionados por el Servicio Riojano de Salud. Disponible en: http://www2.larioja.org/pls/dad_user
6. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Consejo de Gobierno del día 29 de julio del 2005. Nuevas áreas de gestión clínica. Disponible en: http://www2.larioja.org/pls/dad_user
7. Gobierno de Navarra. Consejería de Salud. Decreto Foral 380/2000, de 26 de diciembre. Regulación de la estructura y funcionamiento del área clínica navarra del corazón. BON n.º 17, de 5 de febrero del 2001. Disponible en: <http://www.cfnararra.es/salud/publicaciones/LEGISLA>
8. Generalitat de València. Ley 3/2003, de 6 de febrero. Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Disponible en: http://www.aeds.org/legislacion/valencia_ley32003.htm
9. Subdirección General de Atención Especializada. Desarrollo de la gestión analítica hospitalaria. Proyecto GECLIF. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid; mayo, 1999.
10. Lorenzo Porto JA. La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. *Rev Adm Sanit*. 2003;1:593-9.
11. Gobierno de Andalucía. Consejería de Salud. Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación. Modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía. BOJA n.º 153, de 11 de agosto, 2003.
12. Gobierno de Andalucía. Consejería de Salud. Resolución de 25 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación. Fundación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. BOJA n.º 153, de 11 de agosto, 2003.
13. Vila J, Garrote C. Gestión de la lista de espera y de la actividad de los servicios quirúrgicos. *Cir Esp*. 2003;74:15-22.
14. Vila JM. Tecnologías sanitarias. Evaluación de la unidad de cirugía mayor ambulatoria del Hospital Ntra. Sra. del Prado (Talavera de la Reina). *Cir Esp*. 2002;72:329-36.
15. Sueiras A, Calabuig R, Vallet J, Pi F. Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general. *Cir Esp*. 2002;71:129-32.
16. Vila JM, Velasco JA. Nuevas prácticas asistenciales: implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp*. 2002;72:137-42.
17. Turienzo-Santos EO, Rodríguez-García JI, Trelles-Martín A, Aza-González J. Gestión integral del proceso de colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2006;80:385-94.
18. Rodríguez-Cuellar E, Villeta R, Ruiz P, Alcalde J, Landa JI, Porrero JL, et al. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal. *Cir Esp*. 2005; 77:194-202.
19. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp*. 2004;76:325-30.