



REVISIÓN

Unidades de gestión clínica en Neurociencias



CrossMark

J. Matías-Guiu^{a,*}, R. García-Ramos^a, M. Ramos^a y J. Soto^b

^a Instituto de Neurociencias, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Director Gerente del HCSC Instituto de Neurociencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 26 de noviembre de 2013; aceptado el 2 de diciembre de 2013

Accesible en línea el 4 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Gestión clínica;
Neurociencias;
Hospital;
Unidades de gestión
clínica;
Atención centrada en
el paciente

Resumen

Introducción: Las unidades de gestión clínica de Neurociencias (UGC) representan una fórmula de organización de los hospitales basadas en la atención centrada en el paciente y las fórmulas de gestión clínica y administración.

Desarrollo: Los autores revisan la puesta en marcha y los distintos modelos de UGC en España, así como sus problemas de desarrollo, con especial mención a aquellas que tratan al paciente neurológico.

Conclusiones: Las neurociencias, por la propia variabilidad y el coste del paciente neurológico, por la necesaria coordinación que debe existir en los servicios que lo asisten y, probablemente, por el propio dinamismo que tiene esta área de conocimiento, posiblemente ofrecen un marco conveniente para unidades que los integren. Las dificultades de implantación como de aceptación del nuevo modelo lo han limitado hasta la actualidad.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Clinical management;
Neurosciences;
Hospital;
Clinical management
departments;
Patient-centred care

Clinical management departments for the neurosciences

Abstract

Introduction: Neuroscience-related clinical management departments (UGC in Spanish) represent a means of organising hospitals to deliver patient-centred care as well as specific clinical and administrative management models.

Development: The authors review the different UGC models in Spain and their implementation processes as well as any functional problems. We pay special attention to departments treating neurological patients.

Conclusions: Neuroscience-related specialties may offer a good framework for the units that they contain. This may be due to the inherent variability and costs associated with neurological patients, the vital level of coordination that must be present between units providing care, and probably to the dynamic nature of the neurosciences as well. Difficulties associated with implementing and gaining acceptance for the new model have limited such UGCs until now.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: neurol.hcsc@salud.madrid.org (J. Matías-Guiu), inc.Hcsc@Salud.Madrid.Org (J. Soto).

Introducción

Los hospitales no son iguales a lo que eran a la primera mitad del siglo xx o antes. En aquellos momentos, tenían objetivos académicos y científicos, que quizás primaban sobre todo lo demás. La propia estructura en cátedras que tenían los hospitales clínicos era un buen reflejo de una organización basada en las grandes disciplinas académicas donde se buscaba el diagnóstico y, en menor grado, la atención o incluso la comodidad de los enfermos. El desarrollo de las especialidades dio lugar, más tarde, a una administración basada en servicios y secciones, y todavía hoy la organización de la mayoría de los centros clínicos no se diferencia mucho del índice de un buen texto de medicina. La aparición de nuevos modelos de gestión clínica ha ido abriendo paso al planteamiento de nuevas fórmulas asistenciales buscando conocer lo que piensa el paciente, la calidad percibida y el funcionamiento, y cómo repercute en el personal y el coste¹, y asimismo va abriendo la necesidad de una adecuada coordinación de todos los estamentos².

La propuesta de organización de unidades de gestión clínica (UGC) en el territorio del INSALUD nace a finales de los noventa como una nueva fórmula de organización de los hospitales y propiciada desde la propia administración. Fue durante la gestión del Sr. Romay Becaria en el Ministerio de Sanidad cuando se plantea esa posibilidad. Las UGC, que se llamaban institutos, se concebían como una agrupación de servicios y especialidades en una única área de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia y orientados a un tipo específico de procesos³. La propuesta se defendía bajo el atractivo de dotar a las mismas con una mayor autonomía de gestión y la posibilidad de poder decidir los recursos precisos para el desempeño de sus funciones. El instituto era, por tanto, un producto de una presumible descentralización orgánica del hospital, al que estaría unido por un contrato de gestión y al que se dotaría de los instrumentos contables y de información necesarios.

Es evidente que la decisión de implantación de institutos de gestión clínica tuvo 2 limitaciones importantes. En primer término, la falta de una regulación normativa precisa. Aunque es cierto que el Real Decreto 521/87 abría las puertas a fórmulas integradoras y permitía esa posibilidad, no hubo una regulación específica, salvo documentos o publicaciones del Ministerio de Sanidad, que establecían el formato y la fórmula de propuesta y aprobación³. En segundo término, esos documentos marcaban una nueva organización cuyo único pretexto era la implantación de los procedimientos de gestión clínica, minimizando u obviando aspectos del funcionamiento diario de los hospitales que quizás tienen mayor presencia.

El paraguas ideológico

La implantación de las UGC ha tenido como base ideológica el concepto de atención centrada en el paciente o «Patient focused care» o «Patient centered care»⁴⁻⁸. Se trata de una posición obvia. El funcionamiento de un hospital debe organizarse buscando la necesidad de quien recibe la atención, no de quien la suministra. Ese concepto filosófico no es nuevo, aunque en los últimos años haya recibido una denominación concreta. El concepto de cercanía al paciente que

imperó en los años ochenta, y que supuso la organización del sistema sanitario en áreas de salud, tenía la misma argumentación. Acerca el sistema sanitario al enfermo y no a la inversa⁹. Es, por tanto, una visión que no es nueva, que a finales del siglo xx se nos presenta como un modelo. Para Asenjo et al., el objetivo fundamental del modelo de atención centrada en el paciente era la mejora sustancial de la relación coste-efectividad y de la calidad de los servicios prestados a los pacientes¹⁰, lo que podía ser aplicable a cualquier acción que se realice no solo en la atención sanitaria, sino en cualquier actividad destinada al ciudadano. De hecho, la administración misma utiliza ese mensaje como objetivo de su funcionamiento y así se ha legislado¹¹. La mejora de calidad no es privativa de un determinado concepto ni tiene por qué estar relacionada con un determinado formato de atención sanitaria. Para esos autores, la traducción práctica del concepto de atención centrada en el paciente era que «el personal debe aprender a trabajar en equipos multidisciplinarios, adaptables a las diferentes tareas, guiadas por las necesidades del paciente al que sirve, con el objetivo de mejorar continuamente el servicio»¹⁰. Para ellos los autores concretan en que debía la definición de las actividades básicas esenciales, mediante el desarrollo de guías clínicas, protocolos o perfiles asistenciales y la identificación, definición y gestión de los procesos asistenciales, entendidos como un conjunto de actividades asociadas, diseñadas para un servicio específico,

La aplicación de ese concepto ideológico es variable. Por poner un ejemplo, para Abelardo Román, director gerente del Hospital Central de Asturias, un hospital que aplique el modelo de atención centrada en el paciente, significaba¹²: 1) estructurar las áreas asistenciales para satisfacer, de la mejor manera posible, las necesidades de pacientes y profesionales; 2) agrupar a los pacientes de acuerdo con los requerimientos y las características comunes, que es el criterio para la agrupación de servicios con los que constituir UGC multidisciplinares; 3) medir, comparar y mejorar la calidad asistencial, concepto de «benchmarking»: comparación con otras unidades u hospitales semejantes; 4) potenciar la introducción de instrumentos prácticos, elaborados por los propios profesionales, que ayuden a alcanzar un proceso asistencial mejor, más homogéneo y efectivo, garantizando el cumplimiento de unos niveles correctos de asistencia: Clinical Guidelines (guías clínicas); 5) descentralizar los servicios médicos y administrativos tanto como sea posible y práctico; 6) adaptar los sistemas de información a las necesidades asistenciales: Sistemas de Información para la Gestión Clínica; 7) aumentar la autonomía, la responsabilidad y la capacidad de decisión de los servicios clínicos y sus profesionales: gestión clínica; 8) eliminar o simplificar procesos y estructuras intermedias que no aportan valor, bajo el concepto de reingeniería de los procesos, y 9) asegurar y mejorar la continuidad de la asistencia en todo el aspecto de cuidados sanitarios bajo el concepto de continuidad asistencial.

Para este autor, la argumentación empírica de las UGC tiene que ver con la estructuración y la organización hospitalaria como consecuencia de las Patient Management Categories (PMC)^{13,14}. Las PMC fueron creadas a finales de los ochenta, generando líneas de producto sobre la atención de las enfermedades. En el sistema PMC se definía el proceso desde el ingreso hasta el alta tras la hospitalización.

El sistema se presentaba como una alternativa a los GRD para el cálculo de costes, pero no tuvo mayor desarrollado al no ser adoptado por Medicare. Como línea de producto, intervenían diferentes servicios y unidades asistenciales, y por ello el cálculo de costes era multidisciplinar dentro del hospital. Evaluar y organizar la atención hospitalaria sobre la base de líneas de producto parece inicialmente interesante, pero como toda hipótesis debe probar su certeza a través de la oportuna validación. Los procesos asistenciales a que hacen referencia Asenjo et al.¹⁰ no son más que agrupaciones relacionadas de líneas de producto.

La gran apuesta: el Proyecto PRISMA del Hospital Clínic de Barcelona

El Proyecto PRISMA, del Hospital Clínic de Barcelona, fue el estandarte de la puesta en marcha de los Institutos de Gestión Clínica. Todo un hospital universitario organizado a través de UGC con una descentralización administrativa y presupuestaria. A pesar de la importancia de la apuesta de lo que se denominó como la «reingeniería del hospital», llamó siempre la atención el número bajo de documentos que expliquen los pormenores de su desarrollo, con excepción del Instituto Cardiovascular, que se mostró como el buque insignia del modelo. El documento quizás más completo de lo que ocurrió en el Hospital Clínic se refiere al trabajo que obtuvo el Premio Pfizer de Gestión Clínica¹⁰. El proyecto de este instituto apareció publicado en una revista cardiológica¹⁵.

La Corporación Sanitaria Clínic se propuso como uno de sus objetivos establecer un grupo de provisión de servicios sanitarios en el territorio, líder en los aspectos asistencial, docente e investigador. Este hospital, tras el proyecto de reingeniería, estaría formado por la suma de diferentes centros enfocados al paciente a través de la identificación de procesos asistenciales, a los que se denominó institutos clínicos, así como de un centro con otras especialidades no integradas en los institutos, un área de diagnóstico por la imagen y otra de laboratorios. Dentro de esta estructura, se mantendría una unidad de urgencias común. Se inició su preparación en 1997, se puso en marcha en el año 2001, siendo Joan Grau el gerente del centro, y se justificó bajo la idea de que el Clínic, con una organización convencional hasta entonces, tenía graves problemas de descoordinación entre los servicios clínicos, por lo que se apostó por la reforma en estos institutos que tenían un director, un jefe administrativo y un jefe de enfermería.

El modelo de implantación de los institutos aplicado en el Hospital Clínic apareció como una fórmula de referencia para la estructura y la organización para los hospitales españoles y así ha sido en la prensa sanitaria, a pesar de la escasez de publicaciones sobre el modelo, que se limitan, como hemos señalado, prácticamente al Instituto de Cardiología. Poca información documental sobre el resto de las UGC. No es fácil poder saber, a través de informaciones documentales, cómo se realizó la trayectoria, por ejemplo, del Instituto de Enfermedades Neurológicas, ni siquiera si los resultados de la aplicación del proceso de reingeniería han marcado grandes diferencias sobre lo que ha ocurrido en hospitales con organizaciones convencionales. Bastante sensato

parece el editorial de Gutierrez-Morlote en una revista cardiológica, dando más importancia al sentido común aplicado a la asistencia que al modelo utilizado¹⁶.

El 13 de febrero del 2004, *Diario Médico*, el diario periódico más relevante en ese momento en política sanitaria, publicaba una noticia que hacía entrever que el modelo iniciado en el Hospital Clínic había probablemente conducido a una situación económica deficitaria¹⁷. El artículo de prensa explicaba cómo el Hospital Clínic tenía una importante crisis financiera que obligaba a reducir de 15 a 10 los institutos de gestión, con el objetivo de reducir la estructura y disminuir el número de cargos. Los cambios que se llevaron a cabo en la dirección del centro fueron eliminar el hospital general y el Instituto Clínico de Inmunología e Infecciones para crear el Instituto Clínico de Medicina Interna, Infecciosas, Autoinmunes y Dermatología (que agrupaba a los servicios descritos en el nombre) y que el laboratorio de Inmunología y el de Microbiología pasaron a formar parte del Centro de Diagnóstico Biomédico; se incorporaron Otorrinolaringología, Oftalmología y Cirugía Plástica al Instituto Clínico del Aparato Locomotor y Endocrinología al Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas; desapareció la Unidad de Recursos y Servicios comunes para que Urgencias, el área quirúrgica y Anestesia y Reanimación pasaran a depender directamente de la dirección médica, así como la Unidad de Evaluación, Soporte y Prevención (incluido el servicio de farmacia). Asimismo, se agrupó el Instituto Clínico de Enfermedades Cardiovasculares con el Instituto Clínico de Neumología y Cirugía Torácica. El Instituto Clínico de Psiquiatría y Psicología se agrupó con el Instituto Clínico de Enfermedades del Sistema Nervioso.

El artículo de prensa incluía unas declaraciones de Joan Grau, el gerente del hospital, que había liderado el proyecto. Para él, el PRISMA no había llegado a concluirse porque los 49 servicios clínicos no habían desaparecido en realidad. Afirmó entonces que «Como los que tenían que jugar no querían hacerlo —sobre todo los que no pasaban a directores de instituto— pues se optó por esperar a las jubilaciones. Si volviese a verme en la tesitura de comenzar a aplicarlo, sería más duro y no intentaría contentar a la gente». El antiguo gerente explicaba también que otros problemas fueron que en la práctica se vio que algunas especialidades requerían ser monográficas y en otras había grandes conflictos de poder. Por otra parte, había mucha disparidad en el tamaño de las plantillas y los presupuestos entre institutos.

Tres días más tarde¹⁸, Ginés Sanz, quien fue el director del Instituto Cardiovascular y, en ese momento, director médico, matizaba la situación, también en *Diario Médico*. Señalaba que «Los valores del Proyecto PRISMA siguen siendo válidos, comenzando por la necesaria organización alrededor del paciente, pero al llevártalo a la práctica hemos visto que había que optimizarlo» . Explicó que habían llegado al convencimiento de que los institutos clínicos podían funcionar mejor si el número de personas era más reducido y que la gestión de los más grandes era más fácil y eficiente: «Todo es más fácil en un instituto grande que en uno pequeño», insistió. Señaló también que la reducción de costes no era el principal objetivo de la reforma. Ginés Sanz contestaba, también, en este artículo, a las declaraciones de Joan Grau¹⁷ sobre las resistencias de los jefes de servicio manifestando que «sí las hubo —en todos los

cambios las hay—, pero tal y como lo estamos llevando ahora, con calma, explicándolo bien y escuchando a los profesionales, creemos que hay clima de colaboración»¹⁸. Llama la atención que esta adaptación va en contra del concepto ideológico que sustentó la fase de reingeniería del hospital y que se sustentaba en el proceso asistencial¹⁰, ya que si engrandecemos los institutos se pierde la especificidad frente al mismo, al menos, tal como se había definido y, por otra parte, una extrapolación de esa afirmación supondría el regreso al modelo tradicional, aunque manteniendo el formato del nuevo modelo, que ya era inevitable de eliminar. El 16 de julio del 2004, el propio Ginés Sanz reconoció que la reforma fue demasiado radical afirmando que «Es un gran proyecto pero cometimos errores, por inexperiencia por parte del hospital, de los que participamos y de los que nos aconsejaron. Es una reforma que no se había hecho nunca. Un hospital es un organismo muy delicado y fuimos muy deprisa». Asimismo, reconoció el déficit económico producido señalando que «En el terreno económico, entre el 2000 y el 2003 es un hecho conocido que el Clínico incrementó el déficit, pero no creo que la creación de los institutos sea la causa. Se debe, en mayor medida, a que las áreas administrativas crecieron mucho y el incremento del gasto también contribuyó»¹⁹. La sensación de un cierto grado de frustración sobre los resultados de la implantación de un modelo tan drástico fue inevitable para el observador ajeno. En todo caso, el objetivo que se marcaron los diseñadores del proyecto PRISMA de conseguir una mejora de calidad en al menos un 10% del volumen total de hospital²⁰ es muy probable que se haya conseguido. Aunque en los años siguientes han ido apareciendo publicaciones sobre el proceso²¹⁻²³, no se ha visto publicado, en el conocimiento de los autores de este artículo, un análisis global de lo que ha sido este interesante proceso. En todo caso, el análisis desde el observador exterior debe ser positivo porque convirtió ese hospital en probablemente el más relevante en España en ese momento.

Las unidades de gestión clínica en el Instituto Nacional de la Salud

De forma paralela, también se inicia la reconversión en institutos en algunos centros del INSALUD, favorecida por la propia administración²⁴⁻²⁶. Los 6 primeros fueron el Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos, el Instituto del Corazón del Hospital Ramón y Cajal, el Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico de Valladolid, el Instituto de Ciencias Cardiovasculares del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, el Instituto de Oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y el Instituto de Patología Digestiva del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. De forma inmediata, apareció también el Instituto del Corazón del Juan Canalejo de La Coruña²⁷.

Varios aspectos diferenciales marcan el desarrollo de institutos en el INSALUD frente al proyecto PRISMA del Clínic. En primer término, el PRISMA abarcaba todo el hospital y se hizo una apuesta global del modelo, mientras que en el modelo que se iba aplicando en el INSALUD solo algunos servicios se organizaban en institutos. El PRISMA fue obligatorio para los servicios, mientras que en el INSALUD la apuesta era

voluntaria. Para el PRISMA, la base ideológica era la atención centrada en el paciente, mientras que en el INSALUD, aunque también se incluye entre sus argumentos, el sustento básico es la implantación, entonces muy incipiente, de los procedimientos de gestión clínica. El PRISMA representa un proceso de reingeniería del hospital, mientras que en el INSALUD supone un paso de descentralización administrativa y de la gestión de los recursos, de la misma forma que lo fue, a nivel sanitario, el desarrollo de fundaciones públicas sanitarias, otro interesante modelo del momento y que, lamentablemente, no ha progresado. Se buscaba la eficiencia en la simplicidad de la gestión y la mayor coordinación en la cercanía. Por último, los institutos y las unidades en el PRISMA gestionaban cerca del 80% de los presupuestos del hospital²⁸, mientras que en el modelo del INSALUD existe un pacto de gestión, el denominado contrato de gestión o contrato-programa, que debía marcar las relaciones entre el hospital y el instituto³.

El proceso de implantación de los institutos se frenó con un cambio ministerial y, posteriormente, el traspaso de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas dejó en sus manos ese desarrollo. La situación ha sido variable²⁹, manteniéndose más la imagen que la propia estructura en algunos de ellos. La progresiva implantación de los procedimientos de gestión clínica en la mayoría de los hospitales ha desdibujado el papel diferencial de algunos de ellos y otros se han cerrado, abriendo a otras posibilidades³⁰.

Los problemas del desarrollo de las unidades de gestión clínica

La implantación de las UGC puso de manifiesto algunos problemas que limitaron los resultados que se esperaban cuando se plantearon. Así, por ejemplo, representan dificultades como las siguientes:

1. Resistencias de las jefaturas de servicio¹⁷. Es uno de los criterios definidos para justificar las limitaciones del PRISMA, donde la implantación de los institutos fue impuesta, contrariamente al INSALUD, donde fue voluntaria. Probablemente, la fórmula de imposición rápida del PRISMA debió de tener que ver en esas resistencias¹⁹.
2. La cuestión del liderazgo. La mejor elección para la dirección de un instituto no tiene que ver con la cualificación científica, pero tampoco es admisible un perfil exclusivamente administrativo.
3. La falta real de autonomía³¹. Aunque el proceso de creación de los institutos se basó en la descentralización, en muchos casos no han llegado a obtener la autonomía que se planteó a finales de la década de los noventa. En el 2004, Enrique Asín, director del Instituto de Cardiología del Ramón y Cajal, denunciaba que si los institutos se idearon para paliar la desmotivación del personal y la gran presión asistencial que sufren los profesionales, que han sido los principales problemas a los que han tenido que hacer frente las autoridades, ya que en ellos se implicaba al médico en la gestión de los recursos asistenciales y al paciente se le atendía integrando todos los procesos. Para Asín, a pesar de los esfuerzos, los resultados esperados no se han conseguido totalmente,

ya que, aunque la calidad de la asistencia ha mejorado bastante, los niveles de desmotivación de los médicos siguen siendo muy altos: «Algunas de las esperanzas del inicio no han sido alcanzadas porque el grado de auto-gestión ha sido muy corto. Para avanzar en esta línea, se necesita mayor libertad, que se consigue mediante cambios estructurales que permitan incentivar económica y profesionalmente a los profesionales».

4. Dificultades en la agrupación de los servicios¹⁸. Aunque los servicios están relacionados, ello no implica que puedan agruparse fácilmente. De hecho, la mayoría de los institutos se realizan bajo especialidades únicas o bajo una agrupación donde hay una especialidad predominante, como es el caso de la Cardiología. Las dificultades son mucho mayores en la agrupación de servicios de similar tamaño, sin tradición en la agrupación.
5. Resistencia a la cesión de competencias por parte de las gerencias³². En el 2004, para Luis Rodríguez-Padial, jefe del servicio del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, que dirigió el Instituto de Enfermedades Cardiovasculares de ese hospital, «Para que se desarrollen los institutos de verdad, los gerentes tienen que asumir cierta pérdida de poder y los médicos demostrar que son eficientes y que pueden asumir responsabilidades. Los que estuvimos al frente de institutos de gestión clínica al comienzo nos vimos a los pies de los caballos por el rechazo de muchos compañeros y después sufrimos el frenazo de las instituciones».
6. Coexistencia con el modelo tradicional³³. Juan Comas, director del Instituto Pediátrico del Corazón del Hospital Doce de Octubre, consideraba que uno de los problemas de las nuevas fórmulas de gestión era la coexistencia con los modelos tradicionales. Señala Comas que «Ser un instituto nos da más autonomía económica, pero es irreal por la estructura en la que estamos. Nosotros hemos chocado con los problemas propios de relación entre la nueva gestión y la organización tradicional».
7. Falta de percepción de los beneficios del instituto por los facultativos y el resto de personal, lo que ha sido considerado como uno de los problemas para la implantación del modelo³².

En un artículo publicado en el 2004 por uno de los autores de este artículo¹, se planteaban los aspectos positivos de los institutos en el sentido de que apoyaban el hecho de que el enfermo es el fundamento básico del hospital. «Coordinar los recursos que intervienen en la atención de grupos homogéneos de enfermos parece una obviedad. Las especialidades no son gremios, ni bloques estancos de conocimientos, son simplemente reconocimientos de una formación y habilidades técnicas, que hay que tener en cuenta al planificar. Plantear que especialistas que tratan a los mismos pacientes estén coordinados, evitando repeticiones, fomentando el intercambio, ganando tiempo y reduciendo el consumo de recursos, y favoreciendo una respuesta común, parece muy sensato. Si, además, se dota de una estructura orgánica, basada en objetivos y su evaluación, y disponiendo de la información precisa para la toma de decisiones, la fórmula es interesante». Asimismo, señalaba la existencia de sombras en el modelo, relacionadas con la cuestión del liderazgo, la convivencia de las distintas especialidades y la poca tradición de colaboración, los problemas

de accesibilidad del paciente a las distintas especialidades y el esfuerzo individual de los profesionales sin beneficios aparentes¹.

Unidades de gestión clínica basadas en la gestión clínica

A pesar de que no hubo una validación de la eficacia de las UGC implantadas, en los primeros años del siglo XXI el nuevo modelo tendió a expandirse, dando la sensación de que se había transformado la hipótesis prácticamente en teoría, por la simple aparición en la prensa, bajo la argumentación de que la nueva fórmula de gestión era un paso adelante en la asistencia hospitalaria y basada en la repetición en numerosas ocasiones, y por numerosos profesionales, de argumentos de base teórica. La proliferación de másters o cursos de gestión sanitaria, que dieron consistencia a la hipótesis, realizados en ocasiones por profesionales más de despachos que de experiencia directa, ayudó a consolidar la idea de que las UGC eran la evolución necesaria para la gestión de los hospitales. Ello probablemente hizo que muchas instituciones, especialmente concertadas, apostaran por el modelo. Así, el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS)³⁴, que gestionaba el Hospital del Mar y el Hospital de la Esperanza, entre otros dispositivos asistenciales de propiedad municipal en Barcelona, organizó desde el año 2002 4 institutos de gestión clínica. Estos institutos estaban especializados, respectivamente, en Oftalmología, Psiquiatría, Geriatría y Atención Sociosanitaria. Todos ellos realizarán actividades asistenciales, docentes y de investigación. Aunque no tendrán personalidad jurídica propia, tendrán competencia para contratar personal interino, ligado a programas puntuales, y realizar inversiones en tecnología, entre otras funciones. En conjunto, manejarán un presupuesto de 24,04 millones de euros (4.000 millones de pesetas) del presupuesto total del IMAS, que es de 144,24 millones de euros (24.000 millones de pesetas). Los institutos debían elaborar un plan de empresa a 3 años; dispondrán de un presupuesto anual para inversiones, salarios, material sanitario y no sanitario, fármacos y costes de reparación y mantenimiento, que cada uno de sus directores pactará con el IMAS en función de unos objetivos también anuales, sobre los que deberá rendir cuenta al término de cada ejercicio³⁵. El Hospital Central de Asturias también desarrolló un modelo de institutos de gestión clínica³⁶. Estas unidades estaban configuradas por profesionales de uno o varios servicios que, voluntariamente, asumirían el modelo. Suscribirán un contrato-programa con la gerencia de la que dependan y, en virtud de ese pacto, se les asignará una serie de recursos humanos, materiales y económicos. Según apareció en una nota de prensa, el modelo es distinto del que aplicó el INSALUD, porque su cometido consiste en «aglutinar a todos los profesionales que tienen algún protagonismo en los diagnósticos y tratamientos habituales de una determinada área, de modo que se eviten discontinuidades, se acorten los tiempos y se mejore la calidad de la asistencia»³⁶. Muchos otros centros, especialmente concertados y fundaciones, siguieron esa línea de plantear la creación de nuevos institutos^{28,30,37,38}.

La organización tradicional adopta fórmulas de las unidades de gestión clínica y algunas comunidades autónomas apuestan de nuevo por el modelo

El término gestión clínica, como conjunto de actuaciones para combatir la variabilidad, se ha convertido en un estandarte obligado en la atención sanitaria, sin que ello implique forzosamente un cambio en la organización hospitalaria, dado que es posible aplicar el modelo sin constituir una UGC y, por ello, en los años siguientes, parece caer el interés en la creación de este tipo de unidades. El mayor peso de las comunidades autónomas, tras la descentralización del INSALUD, tiende a recorrer un camino inverso, aumentando el peso de muchas Consejerías en lo que ocurre en los hospitales. Si se analiza la prensa sanitaria, que tanta visibilidad había dado al modelo en los primeros años del siglo XXI, prácticamente deja de producir informaciones sobre ello, hasta los últimos 2 años, en el que vuelve a aparecer, probablemente en la búsqueda de fórmulas ante la crisis económica. Sin embargo, muchas de las fórmulas emanadas de las UCG, como son los contratos-programas o la tendencia a la unión de especialidades en una misma área administrativa, se van adaptando a la fórmula tradicional, sin el salto a la autonomía de gestión que representaban los institutos. Uno de los grandes problemas para poder analizar los diferentes cambios es que existe poca información sobre las distintas experiencias, incluso en las memorias de los centros.

Como señalábamos, algunas Consejerías han apostado de nuevo por el modelo con la idea de fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial y mejorar la organización del trabajo. En Asturias, se genera un cambio legislativo con el Decreto 667/2009 del 14 de julio, que regula la estructura y el funcionamiento de las unidades y áreas de gestión clínica, establece en su artículo 2 las definiciones de las unidades y áreas de gestión clínica. Es interesante este modelo porque, en realidad, establece una hoja de ruta de las UGC dando niveles progresivos en complejidad y de autonomía³⁹. La idea de que las UGC tenían que ser el final de un proceso, y no una meta como consecuencia de una rotura, probablemente fue una de las enseñanzas que se desprendieron del programa PRISMA. Apuestas similares aparecen, por ejemplo, en Castilla-León⁴⁰. Lamentablemente, sigue siendo un debate sobre todo en prensa sanitaria, aunque la sociedad científica que engloba a los directivos sanitarios está haciendo un esfuerzo por llevar el modelo a la evidencia⁴¹ y, como ejemplo, lo vemos en que se ha llegado incluso analizarse desde perspectivas exclusivamente políticas, y así, por ejemplo, recientemente, un sindicato ha denunciado que las UGC son un modelo de privatización encubierta⁴².

La situación específica de los institutos de Neurociencias

Si la creación de institutos de una sola especialidad o de una especialidad predominante, como es la Cardiología, ha sido compleja, más lo es la organización de institutos que incorporan diferentes especialidades sin que ninguna de ellas sea

predominante, como son los institutos de Neurociencias. Hay muy poca información documental sobre los institutos de Barcelona, Málaga o Valencia pero es evidente que la trayectoria no es fácil. Tampoco, recientemente, de las UGC intercentros de Andalucía. La atención de enfermedades del sistema nervioso ha aumentado de forma importante, lo que ha supuesto una importante presión asistencial. Además, las enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas tienen unas implicaciones sociosanitarias de alto coste, que, como la salud mental, hacen plantear la necesidad de saltar las barreras del propio hospital. Por último, la indicación de terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, de alto coste hace que las UGC de neurociencias necesiten de una buena gestión económica y no es fácil hallar profesionales con ese perfil. Esa es la razón por la que, ya hace años, la Sociedad Española de Neurología generó el «Programa neurólogos para el futuro», con la idea de dar ese tipo de formación a los futuros directivos de la especialidad. Bajo esa premisa, la integración de servicios tradicionalmente muy alejados por situaciones coyunturales o históricas no debe ser fácil y los problemas de accesibilidad y liderazgo deben dificultar el proceso¹. La UGC en neurociencias más antigua, con excepción del desarrollo en el proceso PRISMA, es la del Hospital Clínico San Carlos⁴³.

El Instituto de Neurociencias del Hospital Clínico San Carlos nace dentro del marco de descentralización en el INSALUD, que se ha comentado previamente, siendo su primer director el Dr. Varela de Seijas. Constituido por los servicios de Neurología, Neurocirugía y Neurofisiología, más la coordinación con otras áreas relacionadas, el Instituto disponía de unos estatutos y una organización muy atomizada en comités y subcomités, pero con muy poca autonomía. Apoyado directamente desde la Gerencia, desde el 2005, el Instituto de Neurociencias cambia de línea, simplifica la organización y adquiere un mayor protagonismo dentro del hospital. Con un consejo de dirección designado por los servicios, establece 2 niveles de competencias, unas propias del instituto, como la gestión económica, la docencia, la investigación y la coordinación, y otras de los servicios, como la gestión asistencial directa de los recursos y una hoja de ruta, a través de los denominados de programas de cohesión, que tienden a que la gestión asistencial, a la larga sea conjunta. Se partía de la idea básica de que para que una organización hospitalaria sea eficiente, los profesionales deben sentirse parte de la misma y de un día para otro un neurólogo, una enfermera, un auxiliar o un administrativo no pasa a ser de un servicio a un instituto. La hoja de ruta trata de llevar a los profesionales, con independencia de su especialidad, a la cohesión a través de aquello que más le une, su paciente común, volviendo al origen ideológico de las UGC, que es la atención centrada en el enfermo.

Conclusiones

La principal crítica que se puede realizar a los proyectos de implantación y puesta en marcha de UGC en España es que, defendiendo la gestión clínica, y aunque estableciendo modelos de auditorías y acreditación, el debate haya sido más en la prensa que en las revistas científicas. Los modelos que afectan a los pacientes deberían ser validados y la organización hospitalaria también debería serlo bajo el prisma

de la evidencia⁴⁴⁻⁴⁶. No se puede dar por hecho algo porque creamos en ello.

El sentido común hace pensar que las UGC pueden ser la fórmula de organización hospitalaria en este siglo porque acercan al hospital a lo que son las empresas, pero deben definirse bien los formatos y esconder bajo una denominación estructuras asistencias tradicionales en las que se las modifique cosméticamente. Llama la atención que la medicina privada, que tiene por su naturaleza una cercanía mayor al mundo empresarial, tampoco ha adoptado, cuando los centros son grandes, este modelo.

Las neurociencias, por la propia variabilidad y coste del paciente neurológico, por la necesaria coordinación que debe existir en los servicios que lo asisten y, probablemente, por el propio dinamismo que tiene esta área de conocimiento, posiblemente ofrecen un marco conveniente para unidades que los integran. La experiencia reflexiva de lo que ha ocurrido hasta ahora, en el Clínic de Barcelona, en el Hospital Clínico San Carlos o en otros hospitales del extinto INSALUD, así como interesantes experiencias e iniciativas que se están desarrollando en comunidades autónomas, deberían generar un cuerpo de conocimiento en que se las analizara bajo el prisma de la evidencia y que permitiera establecer indicaciones y recomendaciones básicas para la generalización del modelo, que, en opinión de los autores de este artículo, debe estar basada en la puesta en marcha de un proceso siguiendo una hoja de ruta, más que en la implantación de una estructura nueva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer a Javier Guerra, Pedro Izquierdo y Pilar Torres, subgerente, director de Gestión y subdirectora médica (encargada de la coordinación con Instituto de Neurociencias durante un periodo amplio del Hospital Clínico San Carlos, el apoyo decidido a la adaptación del Instituto de Neurociencias, así como al presente manuscrito.

Bibliografía

1. Matias-Guiu J. ¿Áreas de gestión clínica en Neurociencias?. *Gaceta Médica*. 2004.
2. Mauri J. Organización del trabajo en el hospital. *Todo Hospital*. 1995;117:21–5.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gestión Clinica en los Centros del Insalud. Madrid; 2001.
4. Mc Donagh E. *Patient centered Hospital Care*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1993.
5. Rodriguez JR. El hospital orientado al paciente. *JANO*. 1998.
6. [Consultado 20 Jul 2009]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/francescmoreu/2009/07/10/gestion-clinica-o-gestion-de-la-clinica/>.
7. Starfield B. Quality and outcomes framework: Patient-centred? *Lancet*. 2008;372:692–4.
8. Kerr EA, Hayward RA. Patient-centered performance management: Enhancing value for patients and health care systems. *JAMA*. 2013;310:137–8.
9. Matias-Guiu J. Neurologia de distrito. Un cambio estructural. *Rev Neurol*.
10. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.gestionclinica.pfizer.es/premio+pfizer/primerpreimopfizer.pdf>
11. Real Decreto 951 de 29 de julio, por el que se establece el marco general de mejora de la calidad en la administración general del Estado.
12. Disponible en: <http://www.hca.es/html/Microsoft%20Word%20-%20Presentaci%20n%20Hospital-web.pdf>.
13. Diaz JL, Temes JL. La información en los servicios médicos. *Todo Hospital*. 1993;96:25–9.
14. Guerrero M, Parera J. La definición del producto hospitalario neurológico. En: Matias-Guiu J, Lainez JM, editores. *Gestión sanitaria y atención neurológica*. Barcelona: Ed. Prous; 1994. p. 105–16.
15. Sanz G, Pomar JL. El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona.
16. Gutierrez-Morlot J. Gestión clínica y sentido común. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:1226–9.
17. Fernandez C. «El Clínico de Barcelona agrupa sus institutos para reducir estructura». *Diario Medico*, 13 de febrero del 2004.
18. Fernandez C. Ginés Sanz: «El Proyecto Prisma es todavía válido, pero había que optimizarlo». *Diario Médico*, 16 de febrero del 2004.
19. C. Fernandez. Ginés Sanz: «Fuimos demasiado deprisa aplicando el proyecto Prisma». *Diario Medico*, 16 de julio del 2004.
20. Vallés F. Nuevos sistemas de gestión de las unidades clínicas cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:629–32.
21. Prat A, Santiña M, González M, Martínez G, Vázquez MJ, Asenjo MA. Diseño de un plan de calidad adaptado al modelo organizativo: experiencia del Hospital Clínic Universitario de Barcelona. *Todo Hospital*. 2006;224:120–3.
22. Sainz A, Martinez JR, García F, Alonso M, Nuñez A, Asensio A, et al. Elaboración de un cuadro de mando para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:5–10.
23. Santiña M, Prat A, Trilla A, Arribalaga P, Alcaraz A, Campistol JM. Instituto de Gestión Clínica para las enfermedades Nefro-Urológicas: utilidad de un Programa de Calidad Asistencial. *Nefrología*. 2009;29:118–22.
24. INSALUD. Plan Estratégico. De la autonomía a la competencia regulada. Libro Azul, 1998.
25. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/gestion/ges270498com.html>
26. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/sanidad/san210799com.html>
27. Castro Beiras A, Escudero JL, Juffre A, Maria Sanchez C, Carames J. El Área del Corazón del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:611–9.
28. Sanz G. Conferencia. Dirección Médica del Hospital. Fundación Josep Laporte. 2004.
29. Martinez Tomas R. El Clínico ha descentralizado el 40% de los costes del centro. 10 de marzo del 2005.
30. Rego S. «Valdecilla opta por las vías clínicas como forma de trabajo». *Diario Medico*, 13 de enero del 2005.
31. Martinez Tomas R. Enrique Asín: «A los institutos les falta libertad de gestión». *Diario Medico*, 22 de septiembre del 2004.
32. Aparicio D. Luis Rodríguez Padial: «Todos los clínicos gestionan aunque no sean conscientes». *Diario Medico*, 6 de noviembre del 2004.
33. Aparicio D. Juan Comas: «Las fórmulas tradicionales de gestión han llegado a su final». *Diario Medico*, 9 de abril del 2004.
34. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.imasbcn.com/c/instituts>

35. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.imasbcn.com/c/instituts/articlediariomedico30gener02.htm>
36. [Consultado Mar 2006]. Disponible en: <http://tematico.princast.es/huca/noticias/hereroteca+2003/diciembre/14+diciembre+2003.htm>
37. Fernandez R. Jordi Colomer: «Los cambios requieren paciencia y pedagogía». Diario Medico, 18 de julio del 2005.
38. Martinez-Tomas R. Galicia potenciará los nuevos modelos de gestión sanitaria. Diario Medico, 24 de febrero del 2005.
39. [Consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=bb837910ad713210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
40. [Consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: <http://salud.rtvcyl.es/RTVCYLfichaNoticia.cfm/SALUD/20130614/sanidad/impulsara/modelo/unidades/gestion/clinica/tramitacion/decreto/42A10D27-97E5-1495-68BDD1757C1B8B9F>
41. Sedisa.
42. [Consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.elbierzonoticias.com/frontend/bierzo/UGT-Denuncia-Que-Las-Unidades-De-Gestion-Clinica-Son-Una-pr-vn11965-vst199>
43. [Consultado 10 Jul 2013]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1142401921596&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPage%2FHCLN_contenidoFinal
44. Moat KA, Lavis JN. Supporting the use of Cochrane reviews in health policy and management decision-making: Health systems evidence [editorial]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;ED000019.
45. Glasziou P, Ogrinc G, Goodman S. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? *BMJ Qual Saf*. 2011;20:i13–7.
46. Danz MS, Hempel S, Lim YW, Shanman R, Motala A, Stockdale S, et al. Incorporating evidence review into quality improvement: Meeting the needs of innovators *BMJ Qual Saf* doi:10.1136/bmjqqs-2012-001722.