

Modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica e institutos de gestión.

Aspectos clave y los requisitos en la implementación del modelo

Francesc Moreu Orobig¹ - Jordi Vilana González²
(Consorti de Salut i Social de Catalunya - España)

Recibido: 23 de enero de 2015. Revisado: 19 de febrero de 2015. Aceptado: 21 de marzo de 2015.

Puede citar el presente artículo así: / To reference this article: Moreu, F. & Vilana, J. (2015). Modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica e institutos de gestión. Aspectos clave y los requisitos en la implementación del modelo. *Revista Gestión & Desarrollo*, 12, 85-94.

Resumen

El modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica que se presenta en este trabajo, pretende orientar las organizaciones hacia las excelencias de la gestión clínica-modelo organizativo centrado en el cliente externo, a fin y efecto de responder mejor a sus necesidades y expectativas. Se parte de una doctrina de conocimiento que ha sido perfeccionada mediante las implantaciones *in situ* en diversas organizaciones sanitarias y que utiliza la gestión clínica como medio para el cambio radical de modelo de hospital.

Palabras clave: management organizaciones de servicios, eficiencia, gestión de contratos, gestión de objetivos.

Códigos JEL: L14, L21, M11, M52.

1. Ingeniero Industrial y Máster en Dirección y Administración de Empresas por la Universidad de Delf (Holanda) y EADA (Barcelona, España). Admitido con el núm. 1 en el Programa Máster del IESE en la convocatoria 1971. Consorci de Salut i Social de Catalunya.
2. Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Executive Master en Dirección y Administración de empresas (EMBA) por la Universidad de Barcelona (UB), Diplomado en Dirección de Servicios de Salud (DSIS) por ESADE y certificado por el Project Management Institute (PMI®) como Director de Proyectos (PMP®). Consorci de Salut i Social de Catalunya.

The conversion model from services to Clinical Management Units and Management Institutes.

Key aspects and the requirements in the implementation of the model

Abstract

The conversion model from services to Clinical Management Units presented in this paper intends to guide organizations towards excellence in clinical management -organizational model focused on the external customer in order to better meet their needs and expectations-, starting from a doctrine of knowledge that has been refined by in-situ deployments in diverse health organizations and using, definitely, clinical management as a means for radical change of hospital model.

Keywords: management service organizations, efficiency, organizational, contract management, goal management.

JEL classification: L14, L21, M11, M52

Modelo de conversão de serviços em unidades de gestão de clínicas e institutos de gestão.

Questões fundamentais e requisitos na implementação do modelo

Resumo

O modelo de conversão de serviços em unidades de gestão clínica apresentados neste trabalho tem como objetivo orientar as organizações para as excelências de manejo clínica-modelo organizacional focado na cliente externo e efeito de atender melhor às suas necessidades e expectativas. É parte de uma doutrina de conhecimento que foi aperfeiçoada por implementações in situ em várias organizações de saúde e usa gestão clínica como um meio para a mudança radical de modelo um hospital.

Palavras-chave: Organizações de Serviços de Gestão, eficiência, organizacional, gestão de contratos, gestão de meta.

Classificação JEL: L14, L21, M11, M52.

El proyecto de conversión de los servicios tradicionales en unidades de gestión clínica (UGCL) o Institutos de gestión (INS) es un proyecto asistencial cuya base debe buscarse en los principios del modelo *Patient Focused Care*. Dicho modelo propone centrar el modelo organizativo y de gestión de los hospitales y servicios en los pacientes para adecuarlo a sus necesidades y expectativas.

Por esta razón, para facilitar la excelencia de este resultado final y en los casos en que dos o más servicios participan de forma significativa en un episodio de un paciente que comparte una misma área genérica de conocimiento y añade valor con su aporte al resultado final del proceso clínico, se recomienda una alianza estratégica entre estos servicios basada en el modelo consorcial, que implica que dos o más servicios deciden trabajar conjuntamente sin perder su propia personalidad. Esta alianza se denomina con la etiqueta genérica de instituto.

En caso de que esta alianza entre servicios no tenga razón de ser en función de la propia naturaleza del proceso asistencial (o el producto intermedio), ya que este inicia y acaba en un mismo servicio, se aplica la misma filosofía del *Patient Focused Care* en el ámbito del servicio y se estructuran su organización por procesos asistenciales. A los servicios que adoptan este modelo asistencial se les denomina unidades de gestión clínica.

Podría argumentarse –y no sin razón– que todo lo dicho hasta el momento no hace más que describir un servicio convencional que funcione bien y por tanto las etiquetas de INS o UGCL no son más que eufemismos que no añaden valor al resultado final. La diferencia estriba en que tanto en un caso como en el otro y para el buen fin del proyecto asistencial desde una perspectiva integral, el modelo de UGCL o INS incorpora elemen-

tos diferenciadores respecto de los servicios convencionales, los cuales pueden resumirse en los aspectos que se citan a continuación.

El modelo de jerarquización convencional ha dado de sí todo lo que podía dar. El nuevo modelo debe mantener lo mucho de bueno del actual y superar sus inconvenientes constatados. La "democratización" de los servicios con la introducción del concepto "socio" que sustituye al de "adjunto", unido a la separación de la carrera profesional de la de gestión, es su clave.

La nueva deontología profesional preserva la beneficencia como base, pero revaloriza la autonomía y reubica la justicia poniéndola al servicio de la equidad. Desde esta óptica, la gestión clínica no es una opción, sino una obligación deontológica de todos los clínicos y en este contexto el tránsito de la medicina arte a la medicina ciencia exige el paso de la práctica clínica de un contexto de incertidumbre a uno de riesgo (práctica basada en la evidencia), lo que implica tanto la reducción de la variabilidad de la práctica clínica como la incorporación del coste como un elemento más de la decisión clínica. Ello, desde la perspectiva corporativa, implica que los profesionales como individuos y como corporación científica se responsabilizan no solo del valor (eficacia), sino también de la sostenibilidad (resultados económicos) de su actividad asistencial.

Así, el modelo de organización y gestión de las UGCL o INS se centra en las citadas necesidades y expectativas de los clientes externos en lugar de –como es tradicional– en los servicios convencionales en que su estructura funcional gira alrededor de los intereses de sus clientes internos (profesionales), a partir de la convención de que estos coinciden con los de los clientes externos y facilita la toma de decisiones clínicas y la estructura

asistencial por procesos, permitiendo así una respuesta adecuada a los grandes retos de la gestión, como los que observamos en la Tabla 1.

Se trata, pues, de un modelo genérico de referencia que razona en términos de mercado/negocio (clientes y problemas), producto (cartera de servicios y su estandarización) y cliente, situando así la asistencia, la docencia y la investigación a su servicio. De esta forma el INS o UGCL se ve de fuera hacia dentro y su director, adopta como propia la panoplia instrumental de *Product Manager* empresa-

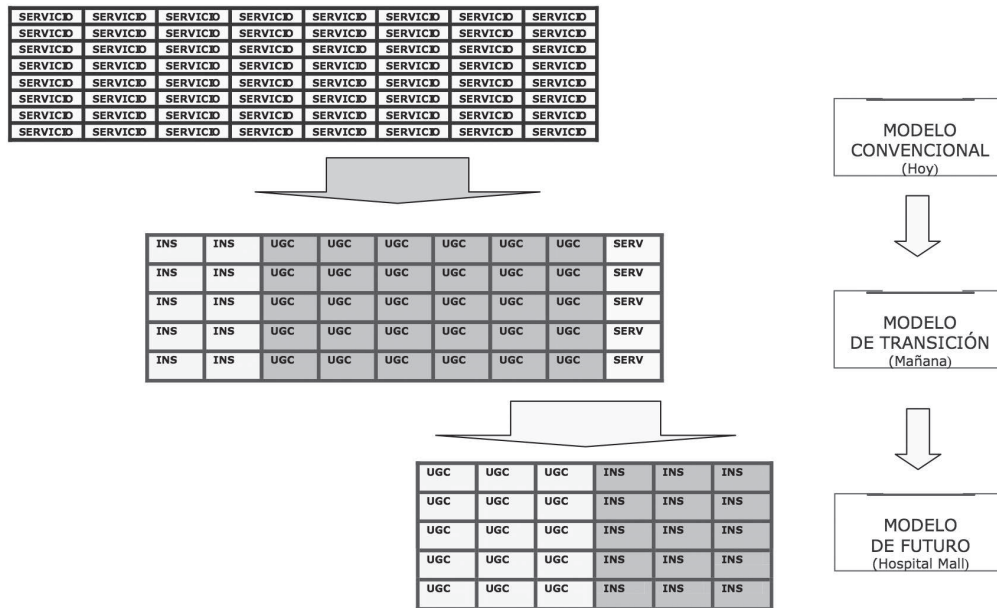
rial. El hospital adoptará pues, el modelo de negocio de negocios (modelo federal) por lo que deberá replantear su estructura actual de servicios en función de un contexto de futuro en el que de manera paulatina y apostando por la voluntariedad se pasará de la organización actual –servicios convencionales– a uno que estará compuesto por UGCL y INS. Paralelamente a ello y también de forma paulatina, deberá modificar su organigrama actual para adaptarse al nuevo modelo que tendrá como visión el esquema que podemos ver en la Figura 1.

Tabla 1

Retos de gestión que se abordan en el proceso de creación de las unidades de gestión clínica o instituto de gestión en una organización sanitaria.

Problemas ligados al diseño del modelo de gestión clínica de la UGCL o INS	Problemas ligados al funcionamiento	Problemas ligados al control
¿Quiénes son nuestros clientes? ¿Qué problema tienen? ¿Qué demanda expresan? ¿Qué cartera de servicios les ofertamos? ¿Qué infraestructuras necesitamos? ¿Qué tecnologías precisamos? ¿Qué recursos humanos requerimos? ¿Qué nivel de calidad queremos dar? ¿Cómo va a funcionar nuestra UGCL o INS?	¿Cómo motivamos, implicamos y comprometemos a nuestro equipo? ¿Cómo gestionamos el contrato? ¿Cómo gestionamos la DPO? ¿Cómo gestionamos la valoración al desempeño (G. Clínica)? ¿Cómo manejamos el flujo de materiales? ¿Cómo gestionamos la cartera clientes (referencia y contrarreferencia)? ¿Cómo gestionamos la cartera de consumidor (gestión pacientes)? ¿Cómo gestionamos las alianzas? ¿Cómo gestionamos el reparto del trabajo diario? ¿Cómo gestionamos el control de calidad en proceso?	¿Cómo gestionamos el control de calidad final? ¿Cómo gestionamos la cuenta de resultados?

Figura 1
Evolución del modelo de hospital



Un repaso a los objetivos

Con el nuevo modelo se pretende, por un lado, centrar el modelo organizativo en el cliente externo a fin y efecto de responder mejor a sus necesidades (eficacia=calidad), pero también a sus expectativas (efectividad=satisfacción, seguridad, continuidad de la atención, accesibilidad, hacer un uso adecuado de los recursos). Por otro, facilitar el trabajo diario a los profesionales creando un marco más satisfactorio en lo laboral (democratización) y mejorando las condiciones para que su práctica profesional les permita una gestión clínica excelente y, por lo tanto, su realización personal. Y más allá de implicar y comprometer a toda la organización en el valor, debe hacerse también en la sostenibilidad de la institución (cuenta de resultados = ingresos – gastos). Y finalmente, invertir el organigrama de la institución y dar el prota-

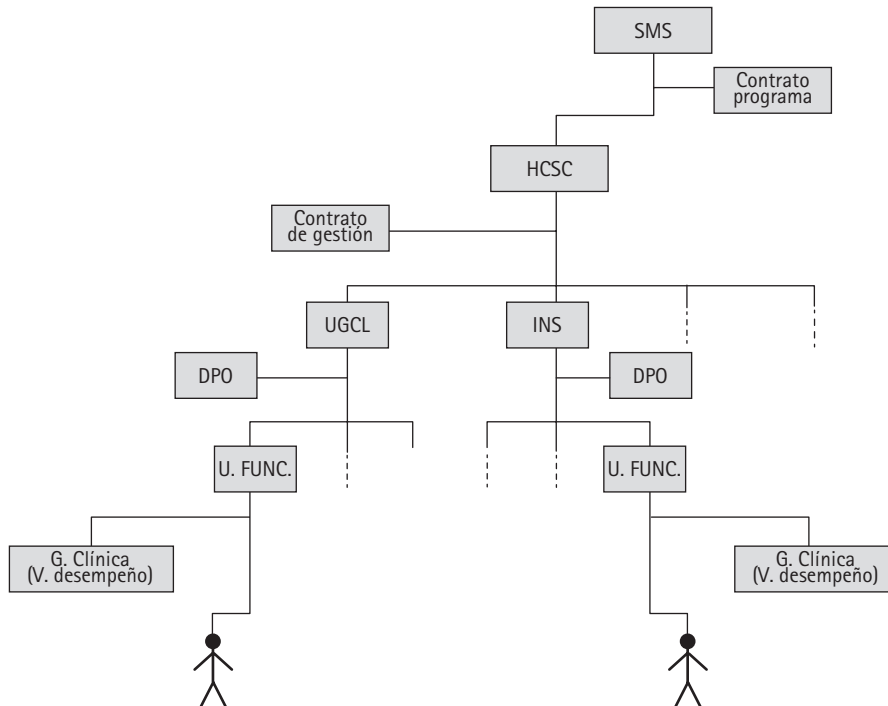
gonismo fundamental a los responsables de los negocios situando a los directivos de la empresa al servicio de los negocios (modelo federal).

Diez aspectos clave de las UGC o INS

1. Cada UGCL o INS es un centro de responsabilidad bien definida en un marco corporativo (hospital) que asegura la estrategia común. La sistemática de relación entre el hospital y las UGCL o INS se formaliza a través del contrato de gestión. Para su gestión excelente, el hospital cede a las UGCL o INS las mismas competencias de gestión (en materia de personal y de gestión de bienes y servicios) que la institución detenta. El contrato de gestión, a su vez, se distribuye en la UGCL o INS a las diversas unidades funcionales que lo componen a través del mecanismo de

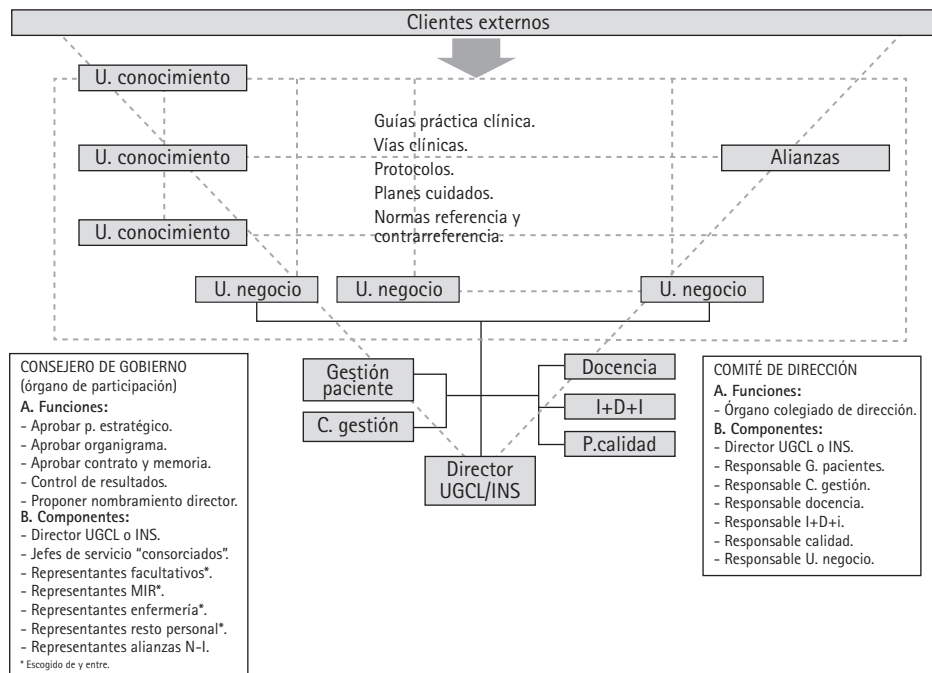
- la dirección por objetivos, que a su vez se traduce a cada uno de los componentes de esta unidad a través de la gestión clínica instrumentada en los mecanismos de valoración al desempeño. De esta manera, se cierra el circuito reflejado en la Figura 2 que asegura la alineación de todos los componentes de la organización tras un objetivo común
2. Cada UGCL o INS distingue con claridad entre el negocio=asistencia (quiénes son mis clientes, cuáles son sus necesidades y expectativas, qué productos o servicios son adecuados para satisfacerles y cómo se los hacemos llegar) de la empresa=servicios, que no es más que el marco organizativo y de gestión que permite llevar a cabo un día y otro el negocio. Lo importante es el negocio; la empresa no es más que un medio para hacerlo efectivo.
 3. Cada UGCL o INS responde de su sostenibilidad (cuenta de resultados) que permite la continuidad de la empresa y del "valor" (asistencia, docencia e investigación) que genera que le asegura la permanencia del negocio. Sostenibilidad (resultado económico) y valor (calidad, eficacia) van unidos; el uno sin el otro no tiene sentido.
 4. Todos los profesionales que trabajan en un INS o UGCL (facultativos, diplomados, técnicos, administrativos, etc.) dependen de su director en un contexto de democratización (socios) de las unidades asistenciales.

Figura 2
Contexto UGCL o INS



5. Al igual que cuando un conjunto de socios decide constituir una empresa, las UGCL y los INS deben dotarse de los mismos instrumentos que aquellos. La estructura organizativa debe tener una base matricial en la que se entrelazan las responsabilidades sobre las unidades de negocio (consulta externa, hospitalización, etc.) con los del conocimiento (experto referente en determinado tema para el conjunto de la organización).
6. Ninguna organización funciona aislada del contexto. Las UGCL o INS mantienen relaciones más o menos intensas con otros servicios sin llegar al punto que justificaría que se incluyesen en el INS o la formación de él. Este tipo de relaciones debe formalizarse a través del establecimiento de alianzas que den carta de naturaleza a este tipo de vinculaciones en función de su intensidad (Figura 3).
7. Ninguna organización puede funcionar únicamente con objetivos a corto plazo. Estos deben ser coherentes con los de medio y largo plazo y estos últimos con la misión y la visión. El mecanismo para cohesionar estos tres horizontes temporales de objetivos es la planificación estratégica. De esta forma, cada ugcl o ins debe tener un plan estratégico a cuatro años que guíe y dé sentido a sus objetivos anuales. A su vez, debe integrarse en el plan estratégico del hospital del cual forma parte y del que recibe los puntos de referencia básica para establecer los propios de cada UGCL o INS.
8. La política de calidad es la estrategia básica de cualquier organización del conoci-

Figura 3
Contexto UGCL o INS



miento. Es imprescindible la explicitación de una política de calidad corporativa de cada UGCL o INS, en consonancia con la institucional (la del hospital) que supere la exigencia personal de cada uno de sus componentes.

9. No solo la asistencia debe considerarse incluida en el modelo de gestión clínica; también forman parte de él la docencia y la investigación. Al igual que en lo que respecta a la política de calidad, las UGCL o INS designarán un responsable de la docencia en sus diversas acepciones (pregrado, posgrado y formación continua) así como del I+D+i. Estos coordinadores (calidad, docencia e I+D+i) se integrarán en las comisiones respectivas a nivel del hospital a fin y efecto por un lado, de asegurar la univocidad de la estrategia; y por el otro, de consolidar un modelo federal de funcionamiento del hospital.
10. A fin de facilitar la gestión clínica, cada UGCL e INS deberá disponer de un cuadro de mando propio alineado con el del hospital y estructurado en dos grandes áreas. La primera de ellas contendrá los resultados operativos asistenciales (cuantitativos y cualitativos), docentes e investigadores y los relativos a su cuenta de resultados; y el segundo, la situación de la UGCL e INS en lo relativo a las previsiones de su plan estratégico.

Requisitos para la implantación del modelo

En los procesos de conversión de servicios en UGCL o INS se han identificado unos requisitos irrenunciables, pues su ausencia a lo largo del proceso supone el fracaso de la implantación del nuevo modelo.

- El proyecto (conversión de servicios en UGCL) ha de estar alineado con la norma-

tiva y estrategia de la corporación (administración pública, dirección corporativa).

- Debemos contar con el compromiso e implicación de la dirección (gerente y equipo directivo) y el equipo de dirección debe estar dispuesto a replantear su rol ("mandar de otra forma", "yo, director médico, ¿qué haré?") y reformular su función a través de la gestión del contrato con las unidades de gestión o institutos.
- La reagrupación de los servicios en unidades o institutos se ha de hacer sobre la base de que aquellos que se juntan comparten realmente procesos clínicos.

Discusión

Los hospitales de hoy en día son iguales a los de treinta años atrás. El hospital es hoy hijo de la jerarquización y específicamente en España del programa mir y el paso de ats a due; nada se ha aportado en lo esencial desde entonces. Se ha cambiado la anatomía, pero no la fisiología y a lo sumo los cambios habidos –todos ellos predecibles– lo han sido en una línea de suave evolución que ha reproducido y fortalecido el paradigma de partida.

A partir de la década de los noventa, comienza a aparecer en España el concepto de lo que ahora llamaríamos unidades de gestión clínica (Gutiérrez, 2002), tras profundos cambios secuenciales en la conceptualización e instrumentalización del modelo de gestión de hospitales y después de observar experiencias innovadoras en la gestión de los servicios sanitarios de los países desarrollados, fundamentalmente Estados Unidos y la Unión Europea (Ortega, 2003). Actualmente –veinte años después– se dispone de un gran volumen de literatura publicada sobre el qué y el para qué de las unidades de gestión clínica e institutos; algunos artículos reflexionan y imparten doctrina desde un enfoque

holístico y otros desde su propio ámbito de especialidad. Por otro lado, encontramos diversos libros sobre el tema y otros que en alguno de sus capítulos abordan de forma directa o indirecta la gestión clínica

El trabajo que se presenta se diferencia de forma significativa de los artículos, libros y capítulos de libro publicados hasta el momento, pues las fórmulas organizativas y de gestión planteadas se limitan a actuar sobre el proceso asistencial de una forma más o menos sofisticada.

En el proceso de conversión de los servicios en UGCL o INS, se utiliza la gestión clínica como medio para conseguir un cambio total, basado en dos aspectos fundamentales. El primero hace referencia a la democratización de las unidades asistenciales que implica el fin de la jerarquización: se introduce el concepto de socio el cual sustituye al de adjunto; carrera profesional prestigiada entre pares y socialmente, y los profesionales como individuos y como corporación científica se responsabilizan no solo del valor (eficacia), sino también de la sostenibilidad (resultados económicos) de su actividad asistencial.

El segundo supone un cambio total en el organigrama: organigrama invertido en el que la verdadera participación que se va a ofertar es la que realmente demandan los profesionales, a quienes se ha de dar (*empowerment*) toda la libertad en las decisiones sobre los aspectos que afecten su trabajo diario en el contexto de la coincidencia de valores y apoyo del equipo de dirección, para facilitarles aquellas *utilities* cuyo único propósito debe ser ayudar al acto y al proceso asistencial, por lo que deberán trabajar en un contexto de negocio de negocios para los responsables de cada negocio, que en definitiva supone un cambio radical en el modelo de hospital.

El nuevo modelo implica que las UGCL o INS se han de preocupar exclusivamente por hacer gestión clínica. Para ello, los servicios de apoyo (recursos humanos, mantenimiento, etc.) se han de convertir en empresas al servicio de estas unidades asistenciales que, en últimas, son las que facturan (lo importante es el negocio y la empresa está a su servicio).

Hasta hace unos años parecía que las bases de un nuevo modelo de gestión hospitalaria pasaban única e inequívocamente por un cambio de marco jurídico. Es obvio que esto facilitaría las cosas instrumentalmente hablando (paso en todos los órdenes de la sujeción del derecho público al derecho privado), pero como han demostrado las experiencias que al hilo de esta línea argumental se han puesto en marcha, han servido de muy poco al dejar intacto el marco conceptual, lo que a la postre las invalida, pues una vez más operan tan solo en la anatomía dejando incólume la fisiología.

Conclusiones

1. El modelo de UGC o INS es un proyecto asistencial: la obsesión es la clínica y la gestión clínica como obligación deontológica. La implantación del modelo contribuye y demanda el compromiso de los profesionales al tiempo que impacta positivamente en su satisfacción, lo que repercute en una mayor calidad asistencial.
2. Asimismo, resulta imprescindible contar con el compromiso e implicación de la dirección (gerente y equipo directivo), que debe reformular su papel mediante la gestión del contrato con las unidades de gestión o institutos. Esto obliga a la revisión de la figura gerencial y del equipo de dirección para ubicarlos en una nueva dimensión. Han cumplido su misión histórica y deben ser reconocidos, pero ahora toca otra cosa.

3. La gestión clínica –conversión de los servicios en UGCL o INS– se utiliza como medio para conseguir un cambio total en la organización del hospital: la democratización, el cambio total en el organigrama el cambio radical en el modelo de hospital (del modelo napoleónico al modelo federal. El hospital *mall*). El nuevo modelo implica que las UGCL o INS se han de preocupar exclusivamente por hacer gestión clínica.

Bibliografía

- CASAS, M.; VARELA J. (1994). "Gestión Clínica: instrumentos y potencialidades". En: *Todo hospital*, No. 105.
- CASTRO B.; ESCUDETTO, J.; JUFFE, S.; SÁNCHEZ, M.; CARAMÉS, J. (1998). "El área del corazón del complejo hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica". En: *Revista de Cardiología*, No. 51.
- CORBELLA, X. (2014). "Gestión clínica: pacientes, profesionales, gestores y políticos ante el reto de ponerse, comprensivamente, uno en el lugar del otro." En: *Medicina clínica* No. 143.
- COSIALLS D. (2000). "Gestión clínica". En: *Revista de Administración Sanitaria*, 16(4).
- CUERVO J. (1996). "Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales". En: *Todo hospital*, No. 125.
- ERRASTI F. (1997). *Principios de gestión sanitaria*. Buenos Aires: Ed. Díaz de Santos.
- GARCÍA J. (1998). "Información, razonamiento y gestión clínica". En: *Todo hospital*, No.140.
- GÓMEZ, J.; LOZANO, F.; COROMINAS, P.; RIMBAU, C. (2003). "Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular. Resultados de la aplicación de algoritmos de manejo clínico". En: *Gac Sanit*, No. 17(5).
- GUTIÉRREZ J. (1994). "Implicación de los profesionales sanitarios en el control de los gastos". En: *Nefrología*, XIV (Supl. 1).
- GUTIÉRREZ J. (2002). "Gestión clínica y sentido común". En: *Revista de Cardiología*, No. 55(12).
- JIMÉNEZ-JIMÉNEZ J (Director). Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. Ed. Díaz de Santos 2001.
- LAMATA F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Buenos Aires: Ed. Díaz de Santos.
- LÓPEZ, P. (1994). "Modelo de gestión; nuevo modelo de gestión clínica de los hospitales de Osakidetza". En: *Gestión Hospitalaria*, No. 4.
- MARRÓN, A.; JIMÉNEZ J. (1995). La gestión clínica: fundamentos y requisitos. *Todo Hospital*,
- MEDRANO M. (2007). "Gestión clínica y servicios de radiología. Experiencia de la UDGC de radiología de los HH UU Virgen del Rocío del Servicio Andaluz Salud. En: *Todo Hospital*, No. 237.
- MENEU, R.; ORTÚN, V.; RODRÍGUEZ, A. (2007). *Innovaciones y gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Ed. Masson
- MORA-MARTÍNEZ, J. (2003). *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería*. Buenos Aires: Ed. Díaz de Santos.
- ORTEGA, A. (2003). "Gestión clínica. Unidades de gestión clínica. Acuerdos de gestión". En: *Neurología*, No. 18.
- OTEO, L. (2006). *Gestión clínica: gobierno clínico. Manuales de dirección médica y gestión clínica*. . Buenos Aires: Ed. Díaz de Santos.
- SAN ROMAN, A. (2014). "La gestión clínica: es nuestra responsabilidad." En: *Angiología*, No. 4.
- SANZ, G. (1998). "El Instituto de Enfermedades Cardiovasculares. Proyecto de rediseño de los servicios de cardiología y cirugía del hospital clínico de Barcelona". En: *Rev. Esp. Cardiol.*, No. 51.
- TEJEDOR, J. (2009). "Reflexión Sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español". En: *Gaceta Sanitaria* 23. No. 2.