



# Incorporando la gestión clínica en la organización hospitalaria

Pérez Segarra AC, Ezquerro Serrano J,  
Martínez González L, Pérez Soriano D,  
Hernández Canossa MC, Sánchez Aragón E  
*Hospital Sant Rafael. Barcelona*  
e-mail: [acperez.hsrafael@hospitalarias.es](mailto:acperez.hsrafael@hospitalarias.es)



Anna Carol Pérez Segarra.

---

## Resumen

El Hospital Sant Rafael, propiedad de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, es un hospital general situado en la ciudad de Barcelona, concertado con el Servicio Catalán de la Salud para la atención especializada de procesos agudos médicos y quirúrgicos.

Dentro del Plan Estratégico del Hospital 2014-2016 se identificó el desarrollo de un proyecto de gestión clínica como objetivo estratégico en el que destacara la implantación de unas prácticas clínicas de valor y la mejora en el uso de los recursos con una descentralización progresiva de la toma de decisiones mediante los contratos de gestión, con objetivos y consecución de resultados clínicos, asistenciales, económicos y de calidad.

Este nuevo modelo asistencial del Hospital Sant Rafael, basado en la gestión clínica, ha llevado a la creación de áreas asistenciales que agrupan servicios afines y asumen la gestión de los equipos y la responsabilidad de los resultados clínicos, asistenciales, económicos y de calidad, acordes con los objetivos globales del Hospital, coordinados con las Supervisiones de Enfermería y en relación con los procesos asistenciales.

El modelo de gestión clínica se fundamenta en tres ejes: el liderazgo clínico, la gestión por procesos y la coordinación asistencial:

1. La coordinación asistencial refleja la ineludible necesidad del trabajo en equipo como motor para llevar a cabo los objetivos globales de calidad del Hospital y de los servicios, de satisfacción de los clientes, de desarrollo de los profesionales y de viabilidad en los resultados económicos.
2. La gestión por procesos, conceptualizada desde la perspectiva de los clientes destinatarios de nuestros servicios, implica el conjunto de actividades entre-

lazadas entre sí donde los profesionales del hospital, a partir de su conocimiento y el consumo de unos determinados recursos, los transforman en recursos útiles para conseguir los resultados esperados.

3. El liderazgo clínico, descentralizando la gestión y dando el protagonismo a los profesionales, verdaderos expertos y conocedores de los procesos asistenciales que atienden. Este liderazgo clínico tiene que ejercerse desde las direcciones de las áreas asistenciales con la total implicación de los profesionales y contando con la colaboración de la organización de enfermería.

En este modelo, la práctica clínica debe basarse en la evidencia y en la aportación de valor de las actuaciones asistenciales.

La medicina basada en la evidencia (MBE) implica integrar la destreza clínica utilizando las mejores pruebas científicas para tomar decisiones que afectan al manejo asistencial del paciente y la incorporación de las prácticas clínicas de valor, agrupadas bajo el término *right care*; implica una actitud activa en la difusión y en la identificación de aquellas actuaciones que no aportan valor.

La nueva organización asistencial está formada en el ámbito médico por seis áreas asistenciales:

- Área Médica.
- Área Quirúrgica.
- Área del Aparato Locomotor.
- Área de Salud Mental.
- Área de Odontología y Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Área de Soporte Diagnóstico.

El servicio de Farmacia actúa como servicio general o nuclear respecto a las 6 áreas asistenciales.

Este cambio organizativo, que se coordina e interrelaciona con la organización de enfermería y su división en supervisiones, facilita la responsabilidad en la gestión, la participación y la comunicación entre los profesionales y las direcciones asistenciales, así como entre los diferentes estamentos y niveles de responsabilidad profesional de la institución.

## **Incorporating the management clinic in the hospital organization**

### **Abstract**

Sant Rafael Hospital, owned by the Congregation of Sister Hospitallers of the Sacred Heart of Jesus, is a general hospital located in the city of Barcelona, arranged with the Catalan Health Service for the specialized care of acute medical and surgical processes.

Within the strategic plan of the hospital 2014-2016, the development of a clinical management project was identified as a strategic objective in which the implementation of clinical practices of value and the improvement in the use of resources with a progressive decentralization of the Decision-making through management contracts, with objectives and attainment of clinical, care, economic and quality results.

This new care model of the Sant Rafael Hospital based on clinical management has led to the creation of care areas that group related services and assume the management of the teams and the responsibility for the clinical, healthcare, economic and quality results, in accordance with the Overall goals of the Hospital, coordinated with the Nursing Supervisors and in relation to the care processes.

The Clinical Management model is based on three axes: clinical leadership, process management and care coordination.

In this model, clinical practice should be based on evidence and on the value contribution of care interventions.

Evidence-based medicine (MBE) involves integrating clinical skills using the best scientific evidence to make decisions that affect patient care and incorporating clinical value practices, grouped under the term "Right Care", implies an active attitude in the diffusion and identification of those actions that do not contribute value.

The new care organization is formed in the medical field by 6 Assist Areas, which is coordinated and interrelated with the nursing organization.

---

## **Objetivos del proyecto o experiencia**

Los dos objetivos principales para implantar el proyecto de modelo de gestión clínica en el Hospital Sant Rafael fueron:

- Generar un nuevo modelo de relación con los profesionales incorporando el contrato de gestión.
- Impulsar el liderazgo asistencial incorporando la mejora de la práctica clínica.

Este proyecto además se marcó otros objetivos:

- Compartir y alinear objetivos de la organización con los de los servicios asistenciales generando un lenguaje común y una mayor implicación de los profesionales sanitarios.

- Mejorar la comunicación interna entre todos los profesionales del Hospital y en especial entre los mandos intermedios.
- Mejorar la eficiencia y la efectividad clínicas.
- Asumir y compartir el riesgo en la gestión de recursos.
- Apostar por una práctica clínica de valor.
- Incrementar la satisfacción de los profesionales y el sentido de pertenencia.
- Detectar y gestionar el talento profesional.

En el contrato de gestión los objetivos se dividieron en objetivos de gestión y objetivos clínicos:

- Objetivos de gestión:
  - Objetivos de actividad asistencial.
  - Objetivos de control del gasto sanitario de farmacia, laboratorio y pruebas internas y externas.
- Objetivos clínicos:
  - La disminución de la variabilidad clínica. La difusión e identificación de las prácticas clínicas de valor y, de forma particular, las del proyecto “Esencial” de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Catalunya (AQuAS).
  - La utilización adecuada de los recursos asistenciales existentes.
  - La accesibilidad, en relación con el cumplimiento de los tiempos de garantía y de referencia de las listas de espera.
  - La organización eficiente de las consultas externas y de los dispositivos del hospital de día.
  - La mejora de los indicadores clínicos, tanto asistenciales como de seguridad del paciente.

Los objetivos del contrato de gestión además tuvieron en cuenta y se vincularon de forma coherente con otros objetivos contenidos en el plan estratégico del hospital 2014-2016, en el plan de gestión anual de la institución, en el Plan de Salud de Catalunya y en los objetivos del contrato y pactos territoriales con el Servicio Catalán de la Salud.

De forma paralela, las supervisiones de enfermería desarrollaron un contrato de gestión con objetivos relacionados con la implicación en los equipos asistenciales, la optimización de los recursos humanos, la intervención en la mejora de la identificación del paciente y el buen uso de los equipos de protección individual.

## Método

Como método de trabajo para implantar el modelo de gestión clínica en el hospital, se realizó un plan para desarrollarlo en el trienio 2014-2016. Las acciones de este plan se recogen en la tabla 1.

Para implantar un modelo de gestión clínica en el conjunto de la organización que aporte una visión asistencial global y transversal, las direcciones médica y de enfermería han reforzado su trabajo conjunto y coordinado.

## Resultados obtenidos

Desde que se inició la incorporación de la gestión clínica en la organización asistencial en 2014, agrupamos los resultados obtenidos en dos líneas:

<b>Tabla 1. Acciones del plan para la implantación del modelo de gestión clínica</b>	
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de la base teórica del modelo organizativo</li> <li>- Conocimiento de otras experiencias</li> <li>- Identificación de las primeras unidades y designación de responsables</li> <li>- Difusión del Proyecto Esencial para evitar prácticas clínicas que no aportan valor con identificación de tres recomendaciones sobre las que incidir</li> <li>- Calendarización de las siguientes etapas de desarrollo del modelo de gestión clínica</li> </ul>
2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de las 6 áreas asistenciales</li> <li>- Definición de las funciones y competencias de todos los responsables, jefes de área y coordinadores (antes jefes de servicio)</li> <li>- Formación en técnicas de <i>coaching</i> para el liderazgo de equipos para responsables médicos y de enfermería</li> <li>- Formación en gestión clínica. En una primera edición para la dirección médica y jefes de área y en una segunda la directora económico-financiera y la jefe del Servicio de Farmacia</li> <li>- Elaboración de un plan funcional por área asistencial con análisis de la situación de partida e identificación de objetivos propios</li> <li>- Seguimiento de las recomendaciones del Proyecto Esencial y otras fuentes <i>right care</i> a través del Portal Diana Salud</li> <li>- Aprobación del modelo y acuerdos de gestión en consejo de dirección</li> <li>- Constitución del comité de coordinación asistencial</li> <li>- Difusión a la organización del modelo y nuevos responsables</li> </ul>
2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de un contrato de gestión para áreas y supervisiones</li> <li>- Elaboración de los objetivos pactados con cada jefe de área para 2016</li> <li>- Planificación de un calendario de reuniones de trabajo</li> <li>- Acceso a fuentes de información asistencial (IAmetrics, CMBD, MSIQ, <i>Benchmarking...</i>)</li> <li>- Seguimiento de las recomendaciones del Proyecto Esencial y otras fuentes <i>right care</i> a través del Portal Diana Salud</li> <li>- Desarrollo de un cuadro de mando con información por servicios y áreas asistenciales que permita el análisis y seguimiento de los objetivos de actividad asistencial y listas de espera</li> <li>- Integración de información sobre consumos de farmacia, prótesis, material sanitario, pruebas diagnósticas internas y externas... para su análisis e intervención</li> </ul>

- Los resultados de la promoción de prácticas clínicas de valor del Proyecto Esencial. En concreto los relacionados con las radiografías de tórax preoperatorias.
- Los resultados de los indicadores del contrato de gestión. Agrupados en resultados asistenciales, organizativos, económicos, de ampliación de cartera de servicios, de relación con la Atención Primaria de la zona y otros.

### ***Resultados de la promoción de prácticas clínicas de valor***

A fin de realizar una evaluación cuantitativa del proyecto, se escogieron tres recomendaciones del Esencial que los profesionales empezaron a aplicar de manera sistemática desde su difusión.

Estas recomendaciones fueron:

- En personas asintomáticas, la realización rutinaria de una radiografía de tórax preoperatoria no aporta valor al manejo del paciente.
- En enfermos polimedcados o mayores de 65 años que no reciben tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, la prescripción de inhibidores de la bomba de protones para la prevención de la patología ulcerosa no aporta valor añadido.
- La bacteriuria asintomática no se ha de tratar sistemáticamente con antibióticos, excepto en mujeres embarazadas y otros casos muy concretos.

El impacto del proyecto lo medimos a través de los siguientes indicadores:

- Radiografías de tórax preoperatorias.
- Inhibidores de la bomba de protones.
- Tratamiento antibiótico en caso de bacteriuria asintomática.

El primero de estos indicadores es el que muestra los resultados más relevantes. En los otros dos el cambio no es significativo.

### ***Radiografías de tórax preoperatorias***

Dentro del proceso quirúrgico y siguiendo la recomendación del proyecto Esencial, el Servicio de Anestesiología del Hospital redefinió nuevos perfiles de pruebas preoperatorias en base a un modelo más racional en la relación coste-beneficio.

En este sentido, se identificaron seis protocolos de perfiles de anestesia y se diseñó un algoritmo para cada uno de ellos en que la radiografía de tórax deja de ser una prueba solicitada de forma sistemática.

Los resultados mostraron un descenso significativo de las radiografías de tórax solicitadas en los preoperatorios (tabla 2). Así, si en el año 2012 en el 89% de las

**Tabla 2. Disminución de la petición de radiografías de tórax**

Actuaciones	2012	2013	2014	2015	2016
Radiografías de tórax	2999	3361	3409	1898	1803
Visitas preoperatorias	3358	4089	4078	4770	4707
Ratio prueba/visita preoperatoria	89,31%	82,20%	83,59%	39,79%	38,30%

visitas preoperatorias se pedía radiografía de tórax, este porcentaje se reduce al 38% (más de la mitad) el 2016.

Dejar de hacer radiografías preoperatorias ha supuesto un ahorro económico para el hospital de aproximadamente 25 000 euros (según precio de mercado).

También se ha calculado la radiación evitada con la reducción de radiografías realizadas. En este sentido, si la radiación emitida en una radiografía de tórax es de 0,02 mSv, la radiación total evitada ha sido de 43,16 mSv. Aunque en términos de salud individual no se puede sacar ninguna conclusión de este dato, sí que es importante seguir los criterios ALARA, que señalan que la radiación ha de ser tan baja como sea razonablemente posible, como norma general.

Con la adopción de las recomendaciones del Proyecto Esencial por parte de los profesionales del hospital corroboramos que estos son el principal motor de cambio del funcionamiento de la organización.

El impacto cuantitativo que ha tenido la incorporación de algunas de estas recomendaciones representa un ahorro de recursos y una mejora en la calidad de la atención.

### **Resultados del contrato de gestión**

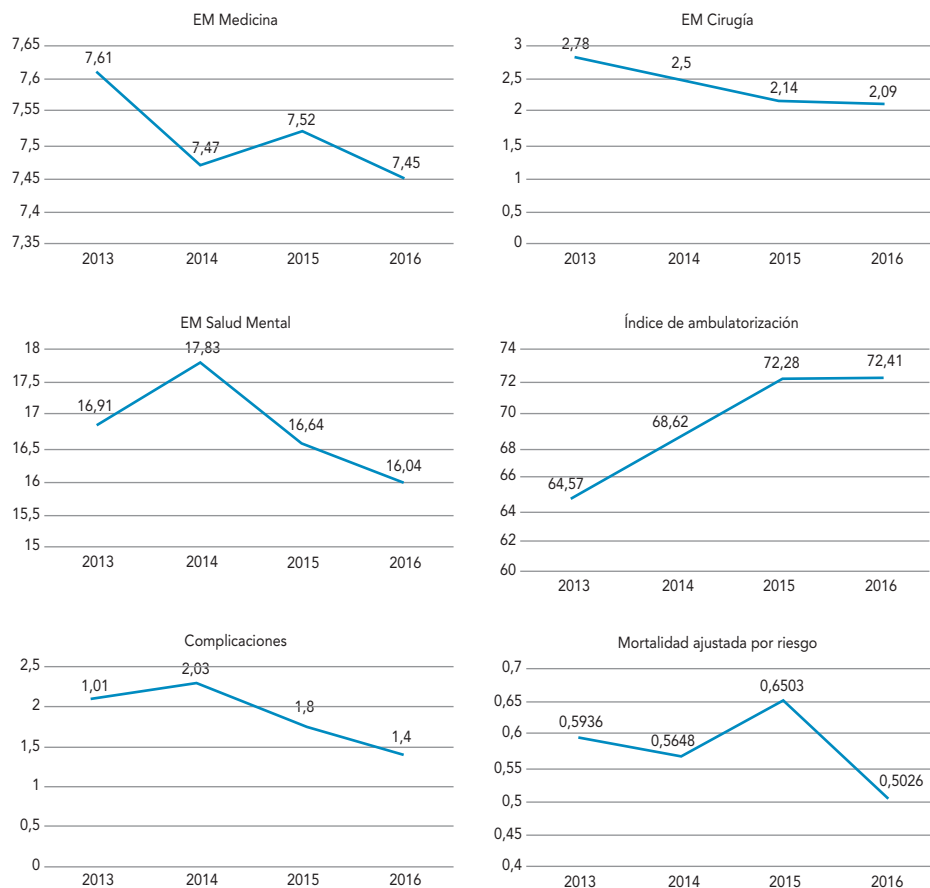
#### *Resultados asistenciales*

Se ha obtenido una evolución positiva de los principales indicadores asistenciales (tabla 3, figuras 1 y 2).

**Tabla 3. Principales indicadores asistenciales**

Estancia media	2103	2014	2015	2016
Médica	7,61	7,47	7,52	7,45
Quirúrgica	2,78	2,5	2,14	2,09
Salud mental	16,91	17,83	16,64	16,04
Cirugía mayor ambulatoria	64,57	68,62	72,28	72,41
Complicaciones	2,1	2,3	1,8	1,4
Mortalidad	0,5936	0,5648	0,6503	0,5026
Gestión de estancias reoperatorias	31,2342	10,0446	3,6946	1,6933

**Figura 1. Estancia media (días)**

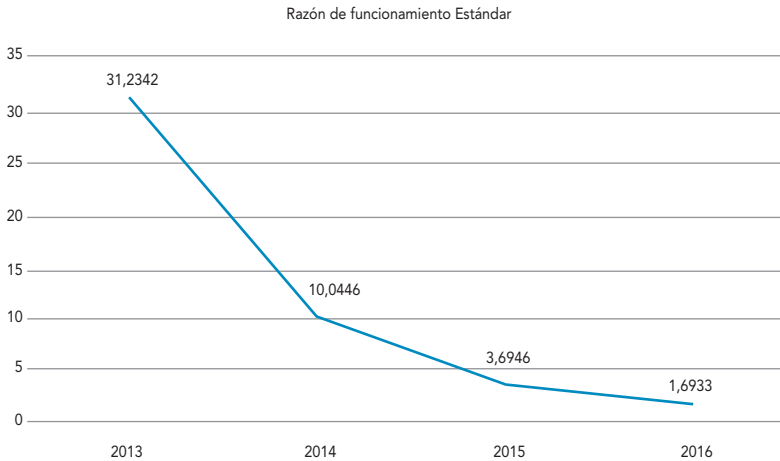


*Resultados económicos*

- Se han revisado los perfiles de las peticiones de pruebas de laboratorio de diferentes protocolos. En Reumatología se ha conseguido una disminución del 22% del gasto en el 2016.
- Se han revisado y cambiado también los perfiles utilizados en Medicina Interna. El cambio se realizó a finales de 2016. La repercusión económica será observable en 2017.
- Se han internalizado pruebas diagnósticas que eran derivadas a otros centros: RM, densitometría, EMG, pruebas de esfuerzo. En este momento estamos valorando el impacto económico.



**Figura 2.** Gestión de estancias preoperatorias (índice)



#### *Ampliación de la cartera de servicios del hospital*

- Biopsia de próstata.
- Litiasis urinaria.
- Nuevo dispositivo asistencial: hospital de día médico.

#### *Relación con atención primaria*

- Anualmente se realizan cursos de actualización y formación para médicos de Atención Primaria para mejorar la accesibilidad de los pacientes a la atención especializada. En 2017 se realizará la 3.ª edición del Curso de exploración y manejo de las enfermedades del aparato locomotor y el 2.º Curso de Cirugía y Dermatología.
- Se ha instaurado la modalidad de visita no presencial con utilización de la consultoría, visita virtual y valoración de imágenes dermatológicas y oftalmológicas.
- Se ha disminuido el volumen de visitas sucesivas no necesarias.

#### *Resultados organizativos*

- Confección de planes funcionales por área.
- Mejoras organizativas internas de los servicios.
- Protocolos.
- Proyecto interconsultas.

- Plan de cronicidad.
- Código Azul.

#### Otros resultados

- Mayor comunicación entre servicios.
- Relación con otros proveedores del territorio.

### **Innovación. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?**

Una característica innovadora de nuestro proyecto es que se trata de una apuesta organizativa global, es decir, que afecta a toda la organización asistencial y no se limita a incorporar la gestión clínica a uno o unos pocos servicios o como prueba piloto.

Su puesta en marcha además requiere una gestión del cambio para que los profesionales se incorporen al nuevo modelo y acepten nuevas reglas de juego y formas de relación, porque cambiar la gestión es, en definitiva, cambiar la cultura de la organización.

La introducción de las recomendaciones de prácticas clínicas de valor para nosotros significaba una apuesta clara para la incorporar las fuentes del *right care* a la cultura profesional de la organización, con el objetivo de evitar la sobreactuación y el gasto innecesario.

### **Calidad. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o experiencia?**

En términos de calidad, disponemos de los resultados de indicadores asistenciales que han tenido una evolución positiva en el periodo analizado.

Hemos incluido los datos de 2013, anteriores al proyecto, para disponer de un periodo más amplio.

Los indicadores seleccionados son:

- Estancia media.
- Cirugía mayor ambulatoria.
- Complicaciones.
- Mortalidad.
- Gestión de estancias preoperatorias.

Además, buscamos fuentes de comparación y *benchmarking* para relacionar nuestros resultados con los de centros de características similares.

## **Mejora de la gestión y/o evaluación en salud. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?**

Resaltamos dos contribuciones que nuestra experiencia aporta en la mejora de la gestión y evaluación de resultados en salud, la implicación de los profesionales y los resultados en la mejora de la práctica clínica.

## **Aplicabilidad y facilidad de extensión a otras organizaciones del sector salud. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?**

Pensamos que nuestra experiencia en la incorporación del modelo de gestión clínica y de promoción de prácticas clínicas de valor a toda la organización profesional del hospital es una apuesta que podría servir de ejemplo y podría ser trasladada a otros Hospitales de iguales, similares o diferentes estructuras

En nuestro caso, la decisión que llevamos a cabo fue la de implantar el modelo en toda la organización no limitándola a una prueba piloto de un servicio o unidad clínica.

Nuestro proyecto en relación con la mejora de la práctica clínica fue presentado a la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Catalunya (AQuAS), que la valoró muy positivamente y la incorporó como ejemplo en la web del Departamento de Salud en el apartado de implementación en el territorio.

## **Bibliografía**

- Avances en Gestión Clínica [en línea]. Disponible en: <http://gestionclinicava rela.blogspot.com.es>
- Diana Salud [en línea]. Disponible en: <http://dianasalud.com>
- Font D. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. Med Clin (Barc). 2008;130 (9):351-6.
- García F. Contracte de Gestió. Gestió Clínica. Referent 13. Papers de la Fundació Unió; 2014. p. 32-9.
- Gestión clínica. Fundación Gaspar Casal; 2011.
- Pérez JJ. Gestión Clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista Calidad Asistencial. 2002;17(5):305-11.
- Varela J. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. Med Clin (Barc). 2008;130(8):312-8.