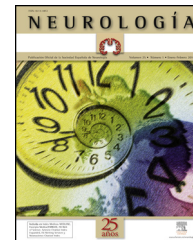




NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



REVISIÓN

Unidades de gestión clínica en Neurociencias



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

KEYWORDS

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

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.

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 Becaría 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. Acercar 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 multidisciplinares, 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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3075704>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3075704>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)