LA GESTIÓN CLÍNICA EN ANDALUCÍA

José Carmona Calvo, Eudoxia Gay Pamos,
Francisco del Río Noriega, Amalia Tesoro Amate

Introducción

Comenzaremos por el final. En estos momentos en Andalucía podríamos decir que todo camina hacia la Gestión Clínica como forma de organización de los Servicios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Por lo que respecta a la Salud Mental, un reciente decreto de la Junta de Andalucía, Decreto 77/2008 (1), en su introducción expone: «Este Decreto regula la ordenación de la atención a la salud mental y contempla la creación de unidades de gestión clínica de salud mental en todas las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria del Servicio Andaluz de Salud». Por tanto nos encontramos en una situación en la que, según los plazos que establece este Decreto, en el año 2010, todos los Servicios de Salud Mental de Andalucía estarán conformados como Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de cada Área Hospitalaria o Áreas de Gestión Sanitaria.

Esta situación no es exclusiva de la Salud Mental. Otro decreto, el 197/2007 (2), en el que se regula una nueva estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención Primaria de todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se define que: «La unidad de gestión clínica de atención primaria de salud es la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población y estará integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la zona básica de salud», territorio sobre el que ejerce su ámbito de actuación. Se encuentra en elaboración otro decreto semejante para el nivel de atención especializada.

Todas estas disposiciones legales son consecuencia de la aplicación del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008, «Caminando hacia la excelencia» (3). En su «Estrategia 2», «Garantizar la gestión de Calidad de los servicios sanitarios», incluye como uno de sus proyectos «Nuevas formas organizativas y de gestión», proponiendo las siguientes acciones:

- Extender modelos de gestión más descentralizados, dotando de mayor capacidad y autonomía de los centros y unidades a través de la utilización de herramientas de gestión clínica, gestión por procesos y gestión por competencia.

- Establecer el modelo de Unidades Clínicas de Gestión del Sistema Sanitario como núcleo de desarrollo organizacional.
- Definir el Modelo de Gestión para Unidades Clínicas y un nuevo marco organizativo en el entorno hospitalario.
- Vincular el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica a la implantación y gestión de los Procesos de Asistenciales Integrados.

Entendemos pues que, en un futuro próximo, el Sistema Sanitario Público Andaluz estará organizado en toda su extensión como Unidades de Gestión Clínicas. Se incluye en esta estrategia del Plan de Calidad, además de este proyecto de organización descentralizada, la gestión de la calidad a los centros y profesionales introduciendo objetivos a través de los Contratos programas o Acuerdos de Gestión, la acreditación del sistema sanitario (centros, unidades, profesionales…) mediante el Modelo de Acreditación de Andalucía, el plan del uso racional de tecnologías sanitarias y la elaboración de un Plan de seguridad del paciente.

Hemos de tener en cuenta que estas actuaciones se realizan en una parte del territorio nacional, que en el aspecto sanitario tiene unas características especiales. El Sistema Sanitario Público Andaluz cubre una población de 7.526.106, el 94,36 % de la población que vive en Andalucía (4) según fuentes del INE de 2006. Este sistema, financiado con los presupuestos de la Junta de Andalucía, es de gestión pública en su gran mayoría y sólo tiene un pequeño porcentaje de conciertos con entidades privadas, especialmente hospitales. Los recursos asistenciales con los que cuentan son, de manera resumida la tabla 1:

Tabla 1. *Centros sanitarios y personal del sistema sanitario público de Andalucía. 2007*

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Centros									
Atención primaria	*227*	*126*	*141*	*328*	*118*	*196*	*178*	*188*	*1.502*
Centros de salud	33	53	39	50	28	40	63	81	*387*
Consultorios locales	99	49	72	163	61	88	76	92	*700*
Consultorios auxiliares	95	24	30	115	29	68	39	15	*415*
Atención especializada	*6*	*13*	*8*	*10*	*4*	*11*	*10*	*18*	*80*
Centros de especialidades	2	9	3	5	1	5	3	10	*38*

Tabla 1. *Centros sanitarios y personal del sistema sanitario público de Andalucía. 2007* (Continuación)

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Hospitales[a] del SAS	2	4	3	4	3	3	5	4	*28*
C.H.A.R.E.[b]	1	-	1	1	-	2	1	2	*8*
Otros Hospitales[c]	1	-	1*	-	-	1	1	2	*6*
Personal[d]									
Atención primaria	1.640	2.960	2.155	2.451	1.493	1.983	3.472	4.656	*20.810*
Atención especializada	4.447	8.408	7.099	9.013	3.946	5.624	11.708	15.486	*65.731*

[a] Los complejos hospitalarios formados por varios hospitales se contabilizan como un solo centro.

[b] Centros Hospitalarios de Alta Resolución

[c] Hospitales gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión

[d] Hospital de Montilla. Pertenece a la Empresa Pública «Alto Guadalquivir» (Jaén)

[c] Datos correspondientes a 2006

FUENTES: Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas de la Consejería de Salud

En cuanto al gasto, el presupuesto en salud viene a representar aproximadamente el 40 % del presupuesto total de la Junta de Andalucía (tabla 2):

Tabla 2. *Presupuesto económico: Consejería de salud y servicio andaluz de salud. Año 2007*

	S.A.S.	CONSEJERÍA	TOTAL
Capítulo I	3.615.259	68.712	3.683.971
Capítulo II	1.879.820	196.359	2.076.179
Capítulo III	1.252	0	1.252
Capítulo IV	2.160.900	395.510	2.556.410
Operaciones corrientes	*7.657.231*	*660.581*	*8.317.812*
Capítulo VI	310.765	7.548	318.313
Capítulo VII	16.684	34.742	51.426
Operaciones capital	*327.449*	*42.290*	*369.739*
Total	*7.984.680*	*702.871*	*8.687.551*

En miles de euros
Fuente: Consejería de Salud. Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructura.

Las cifras en cuanto a recursos humanos, dispositivos y de gasto económico pone de manifiesto la complejidad de este sistema sanitario y, como consecuencia, la necesidad de poner en marcha mecanismos de gestión a todos los niveles que garanticen la viabilidad del mismo. En este aspecto la apuesta por la gestión clínica, la gestión por procesos y la gestión por competencias del II Plan de Calidad de Sistema Sanitario Público Andaluz, ya citado, establece un panorama que obliga a sus profesionales a acomodarse a una situación profesional-laboral nueva y en la que no ha sido educado durante la formación pregrado, con toda seguridad al menos en nuestro contexto, y escasamente en el postgrado, aunque en los últimos años en nuestro ámbito todos los profesionales de postgrado reciben obligatoriamente formación en todos estos aspectos de la gestión. Sólo cumpliendo estas condiciones podrán alcanzarse los objetivos que se proponen en el III Plan Andaluz de Salud (5).

En este punto recapitulemos y veamos el recorrido que la Gestión Clínica ha realizado en Andalucía. Veamos sus logros, sus dificultades y, ya que desde los responsables políticos de la sanidad andaluza se apuesta por modelos descentralizadores de la gestión, analicemos sus posibilidades de mejora.

Los inicios

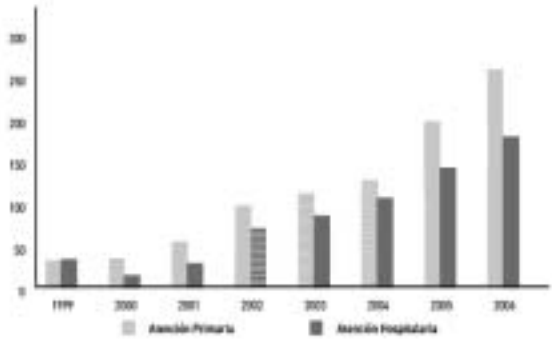
Antes de sumergirnos en la etapa de la Gestión Clínica en Andalucía, como en otros lugares del Estado, se ensayaron diversos tipos de gestión de los recursos sanitarios por diversos motivos de los que en otros apartados de esta ponencia se ha hablado sobradamente. La experiencia en nuestra Comunidad Autónoma ha estado enmarcada en el contexto de mantener unos servicios sanitarios públicos, con cobertura universal, equitativos, accesibles y de calidad. Siempre se ha creído que la mejor forma de garantizarlos era mediante una financiación y gestión pública, por tanto cualquier propósito de mejorar la calidad a través de innovaciones en la gestión se ha mantenido en este contexto. En este aspecto, además de la que vamos a comentar, la otra experiencia de gestión hecha realidad es la del modelo de Empresas Públicas. Estas entidades han sido escasas (se han reducido a tres Hospitales, la Empresa Pública de Emergencias y algunos Centros Hospitalarios de Alta Resolución –centros de especialidades de atención ambulatoria–). Se pusieron en marcha casi al mismo tiempo en una primera etapa y posteriormente se ha abandonado su generalización. En estos centros se inicia el trabajo por objetivos a través de acuerdos entre los Directores de la Empresa Pública y los Directores de cada servicio a cambio de incentivos económicos y profesionales. No obstante, y probablemente debido a la gran cantidad de recursos humanos que tiene todo el sistema sanitario público andaluz con una

relación contractual cuasi funcionarial desaconsejó esa vía. Por otra parte, el escaso número de recursos sanitarios privados a tenor de lo anterior, independientemente de cuestiones ideológicas y financieras, hacen que en Andalucía este sector sea meramente subsidiario del sistema público para algunas situaciones, intervenciones o actividades, en escaso porcentaje.

De manera que, probablemente el camino que restaba era el de modificar el modo de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Nace así la Gestión Clínica. El origen de la Gestión Clínica en Andalucía hay que situarla a partir de las estrategias definidas en el I Plan de Calidad de Andalucía. A partir de este momento se comienza la constitución de Unidades de Gestión Clínica (UGC en adelante). La iniciativa correspondía a los profesionales, agrupados en torno a una «idea» que sirviera para mejorar la calidad de una determinada actividad o servicio. Es importante comentar este hecho porque en su inicio, estratégicamente, era importante implicar a los profesionales y establecer *adelantados* de esta nueva experiencia de gestión, para posteriormente extender esta forma de organización que la situación del propio sistema sanitario andaluz exigía. Importante comentar que para el resto de la organización que no tomaba la iniciativa de constituirse en UGC era obligatorio aceptar los objetivos anuales decididos por la organización y que se plasmaba en un Contrato Programa (contrato por objetivos). La diferencia entre uno y otro método era la mayor participación y autonomía en la definición de objetivos en los Acuerdos de Gestión de las UGC y en los incentivos económicos, también mayores en las UGC.

En el siguiente gráfico se puede apreciar la progresiva implantación de UGC en nuestra Comunidad Autónoma. En total, 22.000 profesionales en 2006 se hayan integrados en UGC (9.500 de A. Primaria y 12.500 de A. Especializada (6).

Gráfico 1



METODOLOGÍA

Una vez que un determinado colectivo de profesionales toma la decisión de constituirse en UGC debía comprometerse al siguiente marco expresado en el Acuerdo de Gestión (7):

- Supone dar a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y, por lo tanto, promover su responsabilidad junto con su autonomía.
- Se sitúa al ciudadano como eje central del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) e incorpora una concepción integral del concepto de calidad, enfocándola sobre el elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial.
- El proceso asistencial se entiende desde la perspectiva del ciudadano como el conjunto de elementos clínicos y organizativos que se encadenan de manera secuencial y coherente para satisfacer sus necesidades sanitarias.
- Este concepto, trasciende el de coordinación interniveles, e intenta profundizar en el significado de la *continuidad asistencial*. Exige a los Centros sanitarios ordenar actuaciones que son realizadas en espacios distintos, por profesionales diferentes y en tiempos distintos, abordando la prestación de servicios de forma horizontal, implicando a los distintos niveles asistenciales y profesionales que participan en el mismo.
- Significa abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación.
- Significa también utilizar guías de práctica clínica y criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnóstico, utilizar racionalmente los medicamentos y evaluar los resultados.

El Acuerdo de Gestión de la UGC se firmará entre el Director Gerente del Hospital o director de Distrito de A. Primaria donde esté integrada la UGC y el Director de la UGC. El Director de la Unidad podrá ser elegido de entre los miembros que constituyan la misma y deberá cumplir el requisito de tener dedicación exclusiva en el SSPA. Son funciones del Director de la UGC:

- Proponer a la Dirección del Hospital o Distrito de A. Primaria los objetivos y la cuantificación de las actividades, que podrán ser modificados por ésta atendiendo a criterios de accesibilidad, calidad, expectativas del usuario y disponibilidad presupuestaria del Centro.

- Suscribir pactos con otros servicios sobre derivaciones a consultas y petición de pruebas complementarias para la disminución de los tiempos de espera y la mejora de la efectividad clínica.
- La Dirección del Hospital o Distrito de A. Primaria junto con el Director de la Unidad, podrá incluir o excluir servicios en la cartera de la Unidad, según las necesidades de la población que atiende y la evaluación del Acuerdo anterior. En cualquier caso la puesta en funcionamiento de servicios nuevos en la Unidad deberá contar con la autorización expresa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.
- El Director del Hospital o Distrito de A. Primaria y el Director de la Unidad se comprometen a disponer y facilitar la información necesaria para la evaluación y seguimiento de todos los aspectos incluidos en el presente Acuerdo.

De cara a la UGC las competencias de su Director son:

- Dirigir y evaluar la Unidad para alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo.
- Establecer, de conformidad con la Dirección, la organización de la Unidad en cuanto a horarios, turnos y distribución de funciones para el cumplimiento de los objetivos.
- Proponer el reparto de los incentivos individuales de los profesionales de la Unidad de acuerdo con el sistema que se establezca.
- Aplicar el mapa de competencias para la selección de profesionales que realicen funciones de refuerzo y sustituciones. Representar a la Dirección en los procesos de selección de personal.
- Determinar la asistencia a actividades de formación, incluidas rotaciones y reciclajes, para satisfacer las necesidades formativas de todos los profesionales de la Unidad. La Unidad dispondrá de un presupuesto específico para las actividades de formación.
- Establecer el número y duración de los contratos de refuerzos y sustituciones, licencias y permisos de los profesionales de la Unidad, incluido el plan de vacaciones reglamentarias, en el marco presupuestario de la Unidad y de la normativa vigente.
- Proponer a la Dirección la contratación de bienes y servicios para la Unidad y participar en la elaboración de los informes técnicos correspondientes, de acuerdo con la normativa de aplicación y con la disponibilidad presupuestaria.

Por otra parte, la Dirección del Hospital o Dirección de Atención Primaria se comprometen a:

- Acordar con la Unidad los procedimientos administrativos y de información para la citación de pacientes para las distintas actividades de la misma.
- Suministrar a la Unidad la información necesaria para el seguimiento del acuerdo de gestión con la periodicidad que se haya establecido.
- Facilitar la organización y coordinación con otras unidades clínicas y diagnósticas y administrativas del Hospital y/o con los dispositivos de Atención Primaria para garantizar el cumplimiento del acuerdo de gestión.
- Poner a disposición de la Unidad el personal administrativo necesario para garantizar el cumplimiento del acuerdo.
- Intervenir sobre las decisiones tomadas por la Unidad si en el seguimiento periódico de los pactos sobre consumos se observan desviaciones sobre lo acordado.

Aclaradas estas cuestiones, la UGC debe ir definiendo y concretando los siguientes puntos:

- Definir, de acuerdo a la metodología de las nuevas formas de organización ya comentadas en otros capítulos, la misión y valores de la Unidad.
- Definir la Cartera de Servicios de la Unidad y el catálogo de procedimientos diagnósticos y pruebas complementarias.
- El Mapa de procesos asistenciales a los que se compromete poner en marcha.
- Definir sus usuarios. Tener en cuenta sus expectativas y grado de satisfacción, estableciendo modos de medirlos. Tener en cuenta la accesibilidad, sus derechos a la confidencialidad e intimidad y sus deberes.
- Actuaciones sobre la eficacia. Adaptando guías y protocolos a la realidad de la UGC, atendiendo al mapa de procesos asistenciales con los que se ha comprometido.
- Actuaciones sobre la efectividad. Implantación de guías, protocolos y planes de cuidados derivados del punto anterior.
- Actuaciones sobre la eficiencia. La UGC identificará aquellos puntos fuertes y débiles sobre los que ha de priorizar sus actividades para el logro de los objetivos que se definan: actividad de la UGC, demoras, colaboración con otros niveles asistenciales.
- Recursos humanos:
  - Definir el Mapa de Competencias de los profesionales de la UGC.
  - Gestión del personal de acuerdo a las necesidades.
  - Absentismo laboral.

- Formación e investigación. Diseñar un programa de formación continuada de acuerdo a las necesidades surgidas de los objetivos que va definiendo la UGC, así como proyectos de investigación que creen evidencia sobre la labor asistencial que se va desarrollando.
- Disponer de sistemas de información adecuados y cumplimentarlos para la evaluación continuada de la actividad de la UGC y el logro de sus objetivos.
- Objetivos ligados al uso racional del medicamento. Suministro de recetas, prescripción por «principio activo». No prescripción de novedades terapéuticas no recomendadas (NTNR), de las que no exista suficiente experiencia clínica o no aporten ninguna ventaja sobre las existentes.
- Acuerdo sobre consumos de recursos.
- Elaboración para los criterios para la asignación de incentivos económicos.

Finalmente el Acuerdo de Gestión es enviado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su aprobación.

A lo largo de estos años, la metodología ha permanecido con pocas variaciones a la expuesta. Han cambiado la denominación de algunos de sus apartados, así como la aplicación, formato, sobre el que concretar el Acuerdo de Gestión. Sin embargo, las dificultades sobrevenidas no han llegado precisamente por este lado. Por otra parte, otros puntos incluidos se han suprimido al haber sido definidos en el contexto general del Sistema Sanitario Público de Andalucía como los mapas de competencias profesionales. Creemos que con lo expuesto hasta este momento es suficiente para entender el momento, modo y acción de las UGC en nuestro contexto. Dedicaremos los dos siguientes apartados para exponer qué consideramos como puntos fuertes de esta forma de hacer gestión clínica y, por el contrario, cuáles son sus puntos débiles.

Puntos fuertes del modelo de gestión clínica en Andalucía

En primer lugar, como dice L. Ruiz en sus Claves para la Gestión Clínica ya citada y en relación con la experiencia andaluza, «se identifica gestión clínica con un *proceso de rediseño organizativo* a través del cual se incorpora a los profesionales sanitarios a la gestión de los recursos que se utilizan en su práctica clínica». En este sentido, y aunque se pueda discrepar tanto teórica como prácticamente de si esta experiencia es o no gestión clínica, progresivamente va logrando el objetivo de responsabilizar y comprometer a los profesionales en el proyecto de la organización sanitaria andaluza. Sin duda, la mejora de aspectos asistenciales, de accesibili-

dad y eficiencia tienen un beneficiario claro: la población andaluza. Poco a poco, la extensión de este modelo favorece la equidad, la accesibilidad y la efectividad de la práctica sanitaria al ir garantizando cotas de calidad cada vez mayores. De este modo, en una Comunidad como la nuestra, tan extensa, este procedimiento de trabajo nos permite alcanzar ese reto.

En segundo lugar, la incorporación de los profesionales a la gestión de sus servicios supone un aliciente desde varios puntos de vista, personal, profesional, científico, etc., en unos momentos en los que el desencanto, el riesgo de burocratización, la escasez de incentivos, los cambios en cuanto a la valoración social de los profesionales sanitarios, etc., contribuían a una situación generalizada de desinterés hacia la tarea que hay que llevar a cabo. Creemos que esta nueva forma de gestión de los servicios reaviva la participación y la corresponsabilización de los profesionales al darles la oportunidad de modificar su organización, métodos de trabajo, objetivos asistenciales, relaciones con sus pacientes, relaciones con los servicios de los que depende, etc. Se hacen realidad pues esas nuevas características de las organizaciones modernas como son *empowerment* y *accountability*. Se aleja de esta forma el fantasma del llamado *quemado*. En esta misma línea, la existencia de incentivos, tanto económicos como profesionales, es uno de los elementos que dan fuerza a esta experiencia. No sólo porque se reciba un sueldo más elevado, sino porque también el reparto de incentivos no se distribuyen en el 100 % de manera igualitaria, en un determinado porcentaje (en nuestro caso hemos llegado al 25 %) se hace según las responsabilidades y el desempeño de las tareas y objetivos asignados personalmente. Este ingrediente lejos de producir dificultades, además de introducir *a priori* un elemento de competitividad sana, es el reconocimiento del trabajo bien realizado y el esfuerzo personal en el logro de los objetivos asignados.

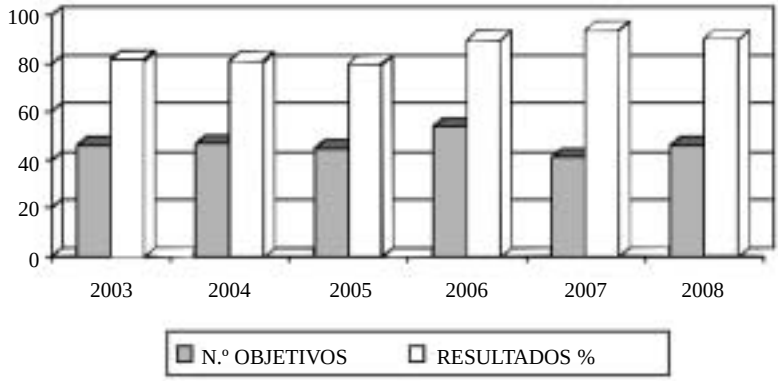
Otro punto fuerte de esta apuesta organizativa, respaldada también por la experiencia comunicada en foros sobre UGC de nuestra Comunidad es la potenciación de la cultura organizacional. Es la toma de conciencia de que se forma parte de un proyecto. El ejercicio de análisis de la situación cuando un servicio se constituye en una UGC tiene como resultado un conocimiento de sus características, su historia, sus hábitos, sus puntos fuertes y débiles, etc. La elaboración, a continuación, de una estrategia de mejora de su nivel de calidad con la definición de los objetivos para lograrla, va construyendo y fortaleciendo un proyecto común y único para esa UGC. Todo ello favorece el sentido de pertenencia de los profesionales que la integran y, como consecuencia, se favorece un clima grato para el funcionamiento cotidiano y el desarrollo del trabajo. En este aspecto que estamos tratando es de destacar la labor que representa el papel de liderazgo en la experiencia. Liderazgo que tiene que tener la capacidad de poner en juego todos los elementos y factores, tanto organizacionales como personales a los que hemos aludido.

La mejora de la calidad de las prestaciones es otro punto fuerte de nuestra experiencia. A ello ha contribuido de manera determinante otra herramienta que la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma ha puesto a disposición de los profesionales, aunque ellos mismos han contribuido a su elaboración: los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs). Ya hemos comentado en otro capítulo acerca de estos procesos por lo que no nos vamos a detener en ello. Lo que aquí nos interesa destacar es que los 61 procesos puestos en funcionamiento (tres corresponden a Salud Mental) han supuesto una puesta al día de la mejor atención con evidencia científica existente en cada uno de ellos. De esta manera, aunque en los acuerdos de gestión se obliga a introducir objetivos ligados a los PAIs, limitando la libertad de la propia UGC, asegura por otra parte una homogeneización de las prestaciones en todo el ámbito geográfico de Andalucía y garantiza los niveles de calidad que, de otra manera, crearía desequilibrios en cuanto a la equidad y accesibilidad de los ciudadanos. De esta forma la UGC incorpora el objetivo de Calidad Total a su proyecto.

Por último, son los resultados los que deben constituir el elemento de mayor fortaleza de la experiencia. El objetivo que tiene este modelo de organización no es otro que el mejorar su índice de resultados, tanto en efectividad, eficacia y eficiencia. En un primer momento, probablemente estamos aún midiendo en mayor proporción indicadores de proceso, se irán incorporando posteriormente aquellos que computen resultados, sobre todo irán a más en la medida que mejoren los métodos de evaluación, teniendo así conocimientos sobre las mejoras del nivel de salud de los clientes de la UGC. Queremos poner como muestra una serie de ejemplos correspondientes a nuestra UGC de Salud Mental del Hospital SAS de Jerez de la Frontera. Esta UGC se puso en funcionamiento en el 2003. Desde entonces ha ido renovando anualmente el acuerdo de gestión, con nuevos objetivos o mejoramiento de otros alcanzados. Ponemos a continuación una muestra de algunos de ellos. Esta UGC atiende una población de 427.000 habitantes aproximadamente, consta de seis dispositivos: tres Unidades de Salud Mental Comunitarias para atender tratamientos ambulatorios, que son las puertas de entrada al Servicio de Salud Mental de nuestro Hospital de los pacientes procedentes de dos Distritos de Atención Primaria; una Unidad de Salud Mental-Hospital de Día Infanto-Juvenil para atención de pacientes hasta los 18 años y con trastornos graves, generalmente derivados desde las USMC; una Unidad de Hospitalización de Salud Mental de 28 camas para la atención hospitalaria de pacientes en situaciones agudas, generalmente con Trastornos Mentales Graves; una Comunidad Terapéutica con 18 camas para hospitalización de media y larga estancia de pacientes con Trastornos Mentales Graves y que cuenta, además, con un Programa de Día para pacientes en régimen ambulatorio y con actividades de rehabilitación.

Estos son algunos de nuestros resultados:

Tabla 3. *U.G.C.*



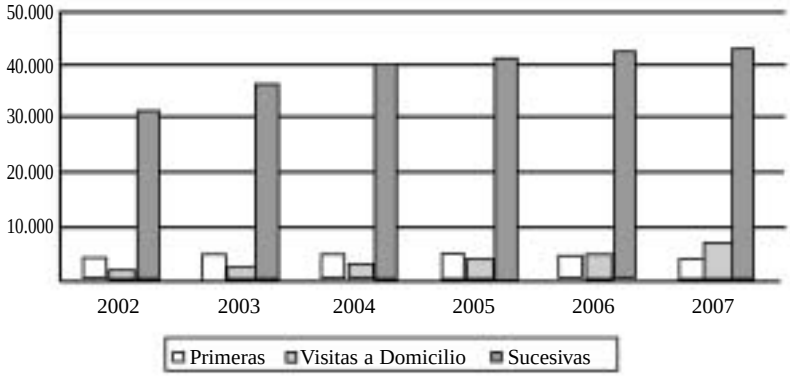
En ella se exponen los resultados globales obtenidos de una serie de objetivos clasificados en diez dimensiones, comunes para todos los servicios especializados. Ofrecemos a continuación algunos objetivos definidos en salud mental para cada dimensión:

- Orientación al ciudadano: satisfacción, análisis de reclamaciones, acompañamiento en ingresos, etc.
- Seguridad: caídas, prevención de conductas agresivas/autolíticas, disminución de contención mecánica, etc.
- Accesibilidad: horarios, demoras de cada dispositivo, etc.
- Actividad y rendimiento: n.º intervenciones/profesional, implantación de programas, protocolos, etc.
- Normas de calidad: cumplimiento de buenas prácticas clínicas recogidas en los procesos asistenciales integrados.
- Disminución de la variabilidad de la práctica clínica: utilización de guías de práctica clínica (GPC), vías clínicas, protocolos, etc.
- Uso racional de medicamento: disminución del gasto farmacéutico, prescripción por principio activo, disminución de novedades que no aporten mejoras significativas.
- Gestión económica: transferencias de gestión y riesgos de los capítulos I y II.
- Continuidad asistencial: consultorías semanales con Atención Primaria, ingresos y altas programados, continuidad intersectorial, etc.

– Libre configuración: acreditación de calidad, programas de formación e investigación, gestión del conocimiento, etc.

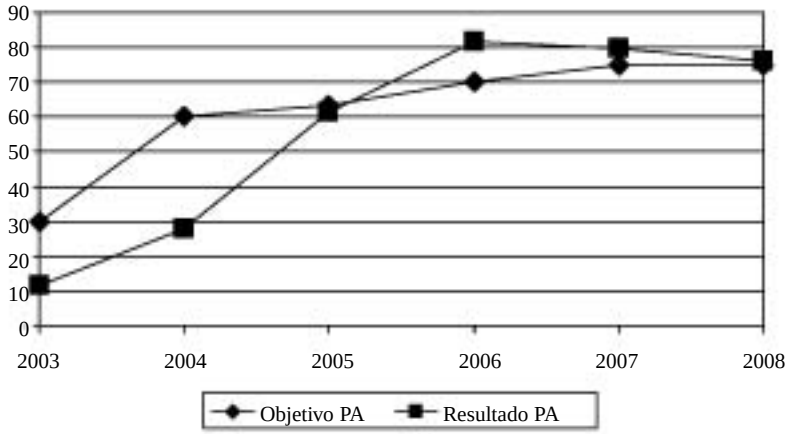
Veamos ahora la evolución de algunos de los objetivos concretos referidos en las dimensiones anteriores:

Tabla 4. *Unidades de S. M. Comunitarias*



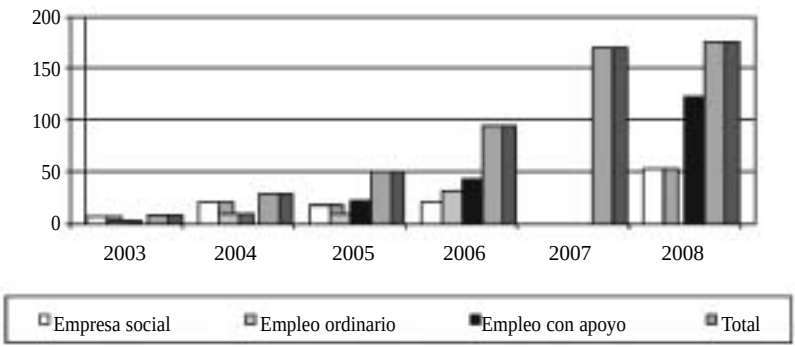
Se observa la evolución de consultas, tanto de las primeras, como de las sucesivas y de las visitas a domicilio. Sin embargo creemos que esta denominación no se ajusta a lo que realmente hacemos. En primer lugar habría que sustituir el término «consultas» por el de intervenciones porque, en realidad, los pacientes y sus allegados acuden a los centros a realizar tratamientos especializados: psicoterapias, psicoeducación, seguimientos del plan individualizado de tratamiento, etc. Teniendo esto presente, lo que se observa, a nuestro juicio, aporta valor, pues las primeras consultas se estabilizan, gracias al programa de colaboración con Atención Primaria, mientras que las sucesivas crecen de forma significativa; lo que quiere decir que se implantan tratamientos especializados en salud mental, como corresponde a nuestro nivel. Por otra parte también se observa el aumento de atención a domicilio, intervenciones casi exclusivas de enfermería y trabajo social que, gracias a las herramientas específicas desarrolladas en cada profesión –plan de cuidados y plan de ayuda– aportan complementariedad imprescindible.

Tabla 5. *Prescripción por principio activo*



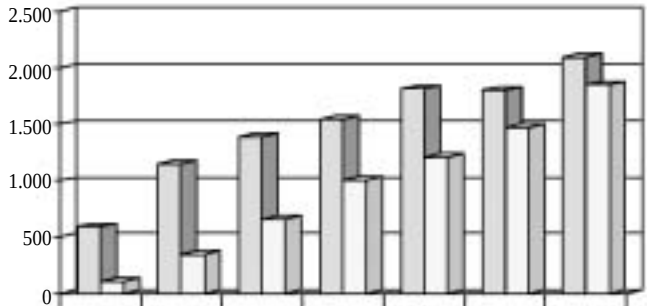
Es relativamente sencillo alinear a todo el servicio en la prescripción por principio activo, lo que tiene sus repercusiones en la disminución del coste de farmacia. Sin embargo, lo verdaderamente importante, y no se está poniendo ahí el acento, es intervenir en el consumo excesivo y superfluo de psicofármacos en la población general: higienizar el malestar, establecer programas con Atención Primaria para buscar alternativas de tratamiento al sufrimiento pueden ser retos de futuro.

Tabla 6. *Personas con integración laboral*



Esta tabla se comenta por sí sola. Se trata de un verdadero indicador de resultado, pues es la recuperación efectiva para el empleo de personas con trastorno mental grave. La progresión ha sido significativa, si bien no tememos un panorama sombrío en los próximos ejercicios debido a la crisis económica.

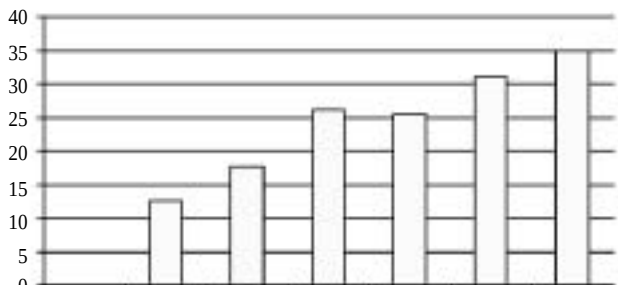
Tabla 7. *Valoraciones Enfermeras*



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total Pacientes	594	1.148	1.390	1.545	1.811	1.801	2.096
Pac. Valorados	108	346	660	1.006	1.206	1.469	1.846

La herramienta homologada de que dispone hoy la enfermería, acerca de la valoración y el plan de cuidados –que será indispensable para los autocuidados de los pacientes–, ha significado un gran paso hacia la complementariedad y para no repetir intervenciones. Desde su implantación en 2002 la progresión de la actividad es muy significativa.

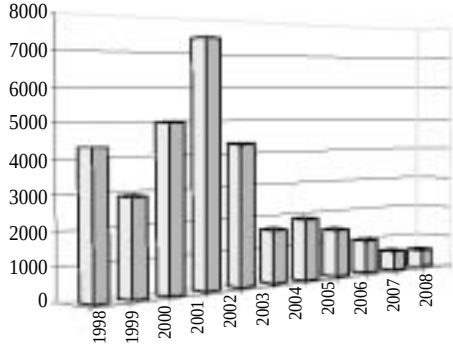
Tabla 8. *Acompañamiento familiar*



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% acompañamientos		12,5	17,7	26,06	25,4	30,9	35,00

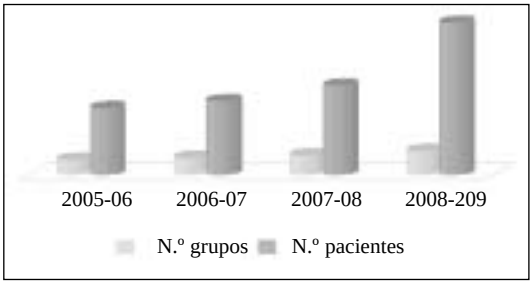
La tabla ilustra el trabajo proactivo en la Unidad de hospitalización en el sentido de motivar a los allegados al acompañamiento del paciente. Es algo que, además de ser un derecho del ciudadano –dimensión ética de la organización– permite alcanzar otros objetivos: a) transparencia; es una manera de «derribar» la puerta de la Unidad, de forma que los familiares vean, sean atendidos, reciban psicoeducación «in situ», etc.; b) es una oportunidad de observación del sistema familiar, cómo son las interacciones, la emotividad, el criticismo, los sistemas de ayuda, etc.; c) siempre será una ayuda para el trabajo de los cuidadores formales que, por otra parte, tendrán más motivación para el esmero en sus intervenciones. En estos momentos, en nuestra Unidad, un tercio de los pacientes que ingresan están acompañados por sus allegados.

Tabla 9. *Horas totales de contención mecánica en la USMH Jerez (1998-2008)*



Muestra la disminución paulatina de las horas de contención mecánica en los últimos años, resultado de aplicar criterios técnicos y éticos, mediante protocolos y registros dirigidos a ofrecer otras alternativas terapéuticas. La tabla recoge las horas totales, pero lo importante son otra serie de indicadores relacionados, como por ejemplo, el porcentaje de ingresos con contención, las horas de contención media por ingreso contenido y la duración media de los episodios de contención mecánica.

Tabla 10. *Actividad grupal en la USM Inf-Adol.*



La realización de actividades grupales en una Unidad Infantil nos parecía un indicador cuantitativo de actividad que aportaba, a su vez, cualidad en la atención. El indicador se refiere a actividades grupales con niños y padres.

Tabla 11

Comunidad Terapéutica Hospitalización completa	2003	2004	2005	2006	2007
Demora media (días)	30,55	12,42	10,21	16	37
Pacientes atendidos	27	21	23	27	20
Ingresos	20	8	16	13	7
Reingresos	2	2	2	1	1
Altas	16	12	12	12	5
Indice de rotación	1,8	1,4	1,93	1,53	1,33
Estancia media	430,43	316	303,56	353,14	643

Tabla 12

Comunidad Terapéutica Programa de Día	2003	2004	2005	2006	2007
Demora media (CD/HD)	16,94	15,35	6,36	9,5	10,79
Pacientes atendidos		88	93	97	114
Ingresos		50	46	43	51
Altas		38	41	29	41

En ambas tablas se recoge la actividad en la Comunidad Terapéutica, tanto en la hospitalización total como en la parcial, con indicadores clási-

cos de gestión, donde destacan las demoras en uno y otro caso, y los pacientes atendidos en la hospitalización parcial.

Puntos débiles del modelo de Gestión Clínica en Andalucía

Evidentemente el modelo de Gestión Clínica propuesto y en funcionamiento en nuestra Comunidad Autónoma de Andalucía tiene numerosos puntos débiles. La experiencia de estos años, tanto la derivada de nuestra UGC como la obtenida de la información de otras, nos han puesto de manifiesto una serie de debilidades del modelo propuesto. En unas ocasiones porque su implementación parece que contradice los principios teóricos de la gestión clínica. En otras por las deficiencias metodológicas o de las herramientas que se precisa.

En primer lugar, señalaremos el riesgo de lo que podemos llamar *la burocratización*, o el alejamiento de la realidad clínica. Ya comentamos en el anterior apartado que el impulso desde los niveles de gestión sanitaria para la constitución de UGCs garantizaba los criterios de equidad y accesibilidad de la población. De tal manera que este nivel de gestión ha ido definiendo cada vez más cantidad de lo que podemos llamar objetivos estratégicos de la organización sanitaria. Y así, en este tiempo se han ido extendiendo estos objetivos, de tal forma que la capacidad de definición de objetivos de cada UGC a partir del análisis de su realidad ha ido disminuyendo, y lo que es peor, ha ido vaciando de contenido la contribución-implicación de los profesionales que componen cada UGC. Por poner algún ejemplo ilustrativo, en algún acuerdo de gestión ha habido que asumir objetivos que ya se habían logrado en la UGC en ediciones anteriores, porque eran de obligado cumplimiento para toda la Comunidad; sin ninguna otra argumentación, sin que se aceptaran alternativas que estuviesen puestas en relación con posibilidades de mejora propias. Esta actitud mantenida en el tiempo lleva al desencanto, y a la burocratización en el sentido de que es más cómodo aceptar lo ordenado, lo impuesto que no es cuestionable, e incluso lo ya cumplido, dando lugar a la pérdida de ese *empowerment* y consiguiente *accountability* que la corresponsabilidad en los acuerdos de gestión tenían, y así nos parecía y lo queríamos.

La siguiente debilidad viene derivada por la capacidad real de cogestión de las UGC. Nacieron sin normas de funcionamiento, sobre todo, sin normativa que las dotara de capacidad para gestionar dos aspectos importantes para un auténtico gobierno clínico: la gestión de los recursos humanos y la gestión económica. Aunque se anunciaba la capacidad para la selección de personal de la UGC, al no disponer de una normativa que lo regulase se queda en nada, o en una gran batalla buscando vericuetos para rodear la normativa vigente; en ocasiones, con la oposición de los sindi-

catos que, por supuesto, siempre se opusieron a este modelo por motivos obvios. Tampoco se han descentralizado algunos aspectos que tienen que ver con la gestión económica, ni siquiera aquellos que se refieren a los gastos corrientes o de mantenimiento. Es posible entender que la complejidad de un sistema sanitario como el nuestro tenga dificultades para adaptarse a un modelo de gestión clínica. Pero deberían hacerse los cambios de normativas necesarios para que los profesionales de la clínica realmente gestionen también los aspectos relacionados con los recursos humanos y económicos ligados directamente a ella. Si no corremos nuevamente el riesgo de que se pierda uno de los elementos constituyentes de la gestión clínica: ¿cómo responsabilizarnos de la clínica si no podemos gestionar en alguna medida los recursos necesarios, humanos y materiales, para llevarla a cabo?

Continuando con las debilidades también tenemos que señalar aquellas ligadas a los profesionales. Algunas de estas debilidades parten de nuestro sistema de selección de recursos humanos. Habrá que ir perfeccionándolo para que accedan a los puestos de trabajo aquellos que estén más capacitados para aquél en el que ha de desempeñar su tarea. En este sentido, ¿hasta cuándo este sistema de selección cuasi funcionarial y alejado de las competencias exigidas y exigibles para los profesionales del siglo XXI? Cuestiones parecidas hemos de decir en cuanto a la formación continuada. Las UGC deben de tener posibilidades de organizar actividades de formación continuada, dotándola de suficientes medios para que se pueda garantizar la cobertura de las necesidades detectadas y ligadas a una mejora de la calidad en las prestaciones de su cartera de servicios. Creemos que, en general, este aspecto no es prioritario y no forma parte de los acuerdos de gestión de manera habitual, aunque está incluido en el modelo a cumplimentar cada año. No es de todas maneras nuestra experiencia, ya teníamos una práctica previa en los años anteriores a constituirnos como UGC con un programa de actividades de formación que enriquecimos desde ese momento. Al igual ocurre con la investigación. En general, podemos concluir en este apartado que desarrollar un modelo de gestión clínica requiere un tipo de profesional con unas competencias determinadas que aseguren, no sólo un nivel de conocimientos adecuado a la tarea clínica que ha de desarrollar, requiere también conocimientos para la gestión, para la búsqueda de evidencia y la elaboración de proyectos de investigación. Pero necesita también el desarrollo de habilidades para trabajar en un contexto como el que hemos ido describiendo y, sobre todo, se requieren actitudes para la corresponsabilización en su trabajo.

Por último, si fuera posible poner en práctica todo lo anterior no nos serviría de nada sin los recursos suficientes para su evaluación. Este es otro punto débil en nuestra experiencia. En ocasiones hemos tenido dificultades, generalmente con aquellos objetivos impuestos, para obtener información de sus indicadores con los sistemas de información disponi-

bles. En este sentido, los sistemas de información deben estar diseñados para que de manera ágil se puedan diseñar y obtener indicadores de aquellos objetivos que se llevan a los acuerdos de gestión. Otro aspecto deficitario aún en nuestro sistema es que si bien podemos disponer, en general, de bastantes indicadores de proceso a pesar de lo apuntado anteriormente, son escasos los indicadores de resultados y las encuestas de satisfacción. La pregunta oportuna aquí es si se eligen indicadores que realmente ofrezcan información sobre la salud mental de la población a nuestro cargo o, aún más allá, si existen en la realidad esos indicadores. Evidentemente la intención de la gestión clínica es hacer lo que hay que hacer, hacerlo bien y hacerlo pronto; pero en ocasiones, nos olvidamos con frecuencia que el objetivo último es producir salud, mejorar la calidad de vida de los pacientes, y nos quedamos, quizá en exceso, en obtener indicadores sobre las actividades que supuestamente nos llevan a esos resultados. Probablemente, si invirtiéramos en investigación clínica en los servicios públicos de salud lo suficiente y esos proyectos estuvieran orientados a resultados, tal como lo hemos formulado anteriormente, nos llevaríamos alguna sorpresa que otra.

Conclusiones

No fuimos los primeros en iniciar la experiencia en constituirnos en UGC en Andalucía, ni siquiera en Salud Mental. Sí lo fuimos en relación a la cuantía de profesionales implicados y la complejidad de la serie de dispositivos, como hemos comentado. Iniciamos nuestra andadura como suele ocurrir en estas experiencias ilusionados y motivados para comenzar una nueva etapa en nuestro servicio. Constituidos como tal en 1991, siempre fuimos un servicio con una tradición de organización y trabajo por objetivos cuando no se nos exigía. Esta nueva etapa comenzada en 2003 suponía una continuación, por una parte, pero también la oportunidad de continuar nuestra experiencia en un contexto y condiciones diferentes.

Lo vivido como ilusión en los primeros años, se ha ido matizando posteriormente. Las razones o parte de las razones ya las hemos explicitado en el apartado anterior. Después de la reflexión que la elaboración de esta ponencia nos ha permitido, podríamos concluir que en nuestro contexto andaluz se ha iniciado y generalizado en estos momentos, como lo prueban los decretos de organización de la Atención Primaria y de Salud Mental que hemos citado al principio, una forma de organización atendiendo al modelo de gestión clínica. Unos decretos que legitiman, pero que por otra parte limitan. Como todo modelo se trata de una hipótesis. Su implementación en la realidad va a depender de las características del contexto en donde se aplican. Estamos pues ante un proceso complejo. ¿Es posible aplicar este modelo en una empresa de servicios sanitarios de más

de 80.000 puestos de trabajo?, ¿qué tipo de gestores necesitaría?, ¿qué tipo de profesionales y con qué relación contractual? ¿Servirá una modificación del modelo a la baja para mejorar los niveles de calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz?, ¿bastará con esto? Lo que parece cierto es que estamos en un camino de no retorno. Los pasos dados a través de los sucesivos Planes de Salud y Calidad y la coyuntura que obliga a mejorar el rendimiento de los recursos como uno de los modos de incrementar los servicios nos hace pensar que tras un primer impulso a esta modalidad de gestión clínica y su extensión a todo el sistema va a ser necesario un replanteamiento que nos permita avanzar hacia una mayor descentralización progresiva que profundice en este modelo. La vuelta atrás sería aún más complicada. La cuestión es: ¿cuánto tiempo estaremos en el *intermezzo*?

BIBLIOGRAFÍA

(1) «Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en *BOJA* núm. 53, Sevilla, 17 de marzo de 2008.

(2) «Decreto 197/2007, de 13 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud», en *BOJA*.

(3) *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008, «Caminando hacia la excelencia»*, Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2005.

(4) *Cifras y datos 2007*. Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructuras, Servicio de Planificación Económica, Sevilla, Consejería de Salud, 2007.

(5) *III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008*, Sevilla, Consejería de Salud.

(6) *Memoria del Servicio Andaluz de Salud.* Sevilla, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2007.

(7) *Documento Acuerdo de Gestión Clínica 2003*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2003.