

Gestión Clínica en los Centros del INSALUD

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

Gestión Clínica en los Centros del INSALUD

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Madrid, 2001

Elaboración y coordinación:

D. José Luis de Sancho
Subdirector General de Asistencia Sanitaria

D. Francisco de Asís Jove
Subdirector General de Desarrollo

D.^a Matilde Cortés Sanz
Jefe de Servicio Subdirección General de Desarrollo

Con la participación de:

Subdirección General de Atención Especializada
Subdirección General de Asesoría Jurídica

No es posible dar cabida a todas las personas que en las diferentes etapas del diseño y concreción de este proyecto de Gestión Clínica han participado en él, a todas ellas el agradecimiento por sus aportaciones y sugerencias:

Personal de los Servicios Centrales del INSALUD, miembros de equipos directivos, profesionales de los centros sanitarios, expertos en Planificación y Gestión Sanitaria del INSALUD y de diferentes Servicios de Salud.

Un reconocimiento muy especial a los profesionales y a los directores de los 6 primeros Institutos, que iniciaron una importante experiencia que ha servido para concretar y mejorar el marco de referencia.

- Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos
- Instituto del Corazón del Hospital Ramón y Cajal
- Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico de Valladolid
- Instituto de Ciencias Cardiovasculares del Hospital Virgen de la Salud de Toledo
- Instituto de Oncología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia
- Instituto de Patología Digestiva del Hospital Marqués de Valdecilla



Edita: Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa
C/ Alcalá, 56
28014 Madrid

Depósito Legal: M. 41.790 - 2001

ISBN: 84-351-0369-2

NIPO: 352-01-040-5

N.º Pub. INSALUD: 1.806

Diseño de cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda

Imprime: ARTEGRAF, S.A.
Sebastián Gómez, 5
28026 Madrid

PRÓLOGO

Uno de los objetivos irrenunciables de cualquier organización debe ser su permanente evolución para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad. Esta necesidad es más trascendente si nuestro quehacer está enfocado a dispensar atención sanitaria y nuestro fin es mejorar el nivel de salud de los pacientes y contribuir en definitiva al bienestar social.

La organización de los centros sanitarios y en especial la de los hospitales, acrisolada en sus formas, ha reportado indudables beneficios para el desarrollo de las funciones asistenciales, pero adolece de la suficiente flexibilidad y no consigue una óptima implicación de los profesionales, a pesar de que en los últimos años se han hecho esfuerzos continuos para lograrlo.

Tanto el Plan Estratégico del INSALUD como las recomendaciones de la Subcomisión del Congreso de los Diputados, para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, coinciden en señalar la necesidad de modernizar la organización y la gestión sanitaria mediante la implantación de nuevas formas, que de manera progresiva, impliquen a toda la organización, en la consecución de una mayor eficiencia y calidad, de acuerdo con los planteamientos de la gestión clínica

Los cambios en la organización de los centros tienen que tener dos ejes fundamentales, la mejora de la atención al paciente y la participación de los profesionales.

El proyecto de Gestión Clínica que se presenta, es un vivo exponente de este enfoque y esto es así porque la esencia de este proyecto es la agrupación de especialidades y servicios en torno al proceso asistencial, que garantice una respuesta integral al paciente. Al mismo tiempo el Area clínica es un excelente catalizador para desarrollar la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos.

La participación es la clave para el éxito de los modelos organizativos basados en la gestión clínica. De hecho hasta la propia iniciativa de crear estas unidades debe partir de los profesionales cuya inquietud por mejorar la asistencia los ha llevado a apostar por otra forma de organización de los servicios, en la que adquiere un protagonismo singular.

No cabe duda que ello supone un esfuerzo por parte de ellos y de las Gerencias, en llevar a cabo esta modalidad intermedia entre la gestión tra-

dicional y las nuevas fórmulas. Hemos de reconocer que la creación de las Unidades de Gestión Clínica y de Institutos ha suscitado un gran interés en los profesionales, siendo ya muchos los que han expresado su deseo de conformar estas agrupaciones.

Este documento contiene un marco de referencia organizativo para los Centros del INSALUD, pero deseamos que sea lo suficientemente vivo y dinámico para ir incorporando, en el futuro las aportaciones de aquellos que las lleven a cabo.

Agradezco a todos los que han participado en su elaboración de una forma u otra en las diferentes etapas del proyecto, el esfuerzo realizado, y a los profesionales y equipos directivos su buena acogida y la relevancia dada a este proyecto, en especial a aquellos profesionales y equipos directivos que iniciaron las primeras experiencias piloto y que han ayudado con su esfuerzo a validar el modelo. Por último animar a todos a emprender estas nuevas modalidades organizativas cuyo éxito sólo dependerá de su dedicación, entusiasmo y compromiso con el servicio público sanitario.

Jose M^a Bonet Bertomeu
Director General del INSALUD

PRESENTACIÓN

El proyecto de Gestión Clínica para el INSALUD, es un objetivo estratégico, que nace con gran ilusión por parte de todos, convencidos de que estamos frente a cambios básicos y esenciales que precisa el Sistema Sanitario para conseguir mayores cotas de eficacia y de calidad en la atención a los ciudadanos.

Estos cambios no son posibles sin la participación e implicación de los profesionales sanitarios, y sin dar a las organizaciones mayores márgenes de autonomía de gestión.

La Subdirección General de Asistencia Sanitaria, tiene entre sus competencias, elaborar un modelo de desarrollo de formas autónomas organizativas y de gestión que permitan unas garantías de éxito y de control y evaluación de las experiencias, con el fin de validar de forma rigurosa, si el instrumento de gestión es realmente efectivo y supone una mejora contrastada, sobre los sistemas tradicionales. No cabe la menor duda, de que el éxito, en buena parte, vendrá del diseño inicial del modelo en el que deben estar controladas todas las variables.

El proyecto de Gestión Clínica, pretende iniciar este necesario proceso de descentralización y autonomía de gestión de los centros, se encuadra dentro del Plan Estratégico del INSALUD, siendo una alternativa organizativa a la que actualmente existe en los hospitales.

La elaboración del modelo marco de Gestión Clínica, ha supuesto un importante reto, ya que ha sido necesario plasmar los objetivos corporativos, las inquietudes profesionales, la validación de experiencias existentes y las aportaciones del resto de las Subdirecciones Generales del INSALUD, la actual realidad normativa y la sensibilidad social hacia los Nuevos Modelos de Gestión del INSALUD.

Este modelo marco tiene una serie de características que es necesario poner de relieve, en primer lugar la iniciativa de su constitución, sin menoscabo de que haya otras, debe partir de los propios profesionales, se crean criterios que aseguren la viabilidad del proyecto antes de su aprobación; se define el procedimiento de creación y se establecen las relaciones que el área tiene con su hospital a través de un contrato de gestión específico para el área. En este contrato de gestión se recogerá mediante pacto, la cartera

de servicios, los objetivos, el volumen de actividad y la financiación, y los niveles de calidad, concretos del área.

Nos encontramos pues frente al inicio de experiencias organizativas, que pretende ser la base de un nuevo concepto de organización hospitalaria, el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación.

Esta forma de organización ya cuenta con antecedentes en otras Comunidades Autónomas y en el propio INSALUD comenzó una serie de experiencias en 6 hospitales en el mes de julio de 1998, que están consolidándose con éxito.

El trabajo no ha hecho más que empezar, nuestra misión será la de facilitar los cambios y recepcionar las experiencias para ir configurando un modelo de gestión autónoma que responda a los objetivos básicos del Sistema Sanitario, la de dar la mejor atención a los ciudadanos.

José Luis de Sancho Martín

Subdirector General de Asistencia Sanitaria

ÍNDICE	Págs.
1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, MARCO NORMATIVO	11
2. CONCEPTO DE GESTIÓN CLÍNICA.....	19
3. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA	27
4. INSTITUTOS	31
5. MARCO FUNCIONAL Y OPERATIVO	39
5.1. CREACIÓN Y EXTINCIÓN	41
5.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	52
5.3. GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL.....	56
5.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	58
5.5. PLAN DE CALIDAD TOTAL	59
5.6. GESTIÓN RECURSOS HUMANOS	63
5.7. GESTIÓN ECONÓMICA. COMPRAS Y LOGÍSTICA	65
5.8. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	67
5.9. RELACIONES DEL INSTITUTO Y UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA CON EL HOSPITAL: CONTRATO DE GESTIÓN	67

1. Introducción, antecedentes, marco normativo

1. INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES Y MARCO NORMATIVO

INTRODUCCIÓN

La eficacia y la calidad de los servicios públicos constituye sin duda el principal interés para todos los responsables de los Servicios de Salud. El Sistema Sanitario en los últimos años ha alcanzado muchos logros, pero existen amenazas derivadas esencialmente del incremento del gasto, de la burocratización, falta de flexibilidad de sus estructuras, y de la insatisfacción de los profesionales, esenciales para conseguir la necesaria eficiencia y calidad de los servicios.

Las soluciones para abordar algunas de estas cuestiones, pasan por acercar la organización y la toma de decisiones a las necesidades de los pacientes, por proponer modelos organizativos que permitan visualizar de forma real las responsabilidades dentro de la organización, de orientar las organizaciones hacia modelos de eficiencia en la toma de decisiones y en el consumo de los recursos para dar la asistencia, y en hacer participe de ello a los profesionales, teniendo en cuenta que la mera participación en la toma de decisiones es siempre un incentivo.

Está claro que la participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr mejoras significativas, en la atención al paciente como eje central de la asistencia.

La actual organización de los servicios sanitarios, no reconoce la diversidad y las opciones individuales, y no es facilitadora de la plena responsa-

bilidad de los profesionales sobre sus propias decisiones dentro de su ámbito. Debe tenderse por tanto a que los sistemas de organización actuales favorezcan la responsabilización y la toma de decisiones clínicas con criterios de impacto social.

Nos encontramos en el inicio de experiencias organizativas, que pretenden ser la base de un nuevo concepto de organización hospitalaria, el hospital centrado en el paciente y el profesional como responsable de esa relación. La descentralización de la gestión, con conceptos de gestión clínica ha sido objeto de numerosas experiencias, en todas las Comunidades Autónomas y en otros países de nuestro entorno. Todas en la línea de buscar formas de desarrollo organizativo que acerquen la atención a las necesidades de los pacientes y tengan la implicación de los profesionales.

En el INSALUD en 1998, se ponen en marcha de forma piloto los seis primeros Institutos o Áreas Clínicas, como una nueva forma organizativa de agrupación de servicios entorno a los procesos. La apuesta por la gestión clínica queda concretada en el contrato de gestión del 2000 en dos formas organizativas. Se proponen diferentes actuaciones de mayor a menor descentralización de la gestión, en modelos adaptados a los diferentes estadios de desarrollo organizativo y disponibilidad de herramientas de gestión que coexisten en los hospitales:

Unidades de Gestión Clínica, el nivel de descentralización es la unidad asistencial básica, consiste en la gestión por parte de la unidad del conjunto de recursos asignados a la misma. Esta dirigida a los hospitales y unidades asistenciales con mayor madurez organizativa, mayor tradición de cultura de gestión y buen nivel de desarrollo de las herramientas básicas de gestión.

Áreas Clínico-Funcionales o Institutos, en las que el nivel organizativo de descentralización de la gestión es una agrupación de unidades asistenciales básicas. Consiste en la gestión por parte del Área Clínico-Funcional, y a través del Coordinador de la misma, del conjunto de los recursos asignados al área.

En el contrato de gestión del 2001, se sigue en el proceso de avance en la gestión clínica proponiéndose trabajar en la mejora de las herramientas de gestión, contrato de gestión, incentivación y sistemas de información.

La transformación organizativa es un proceso dinámico y evolutivo que requiere un cambio en la cultura organizacional, por ello, la finalidad del pre-

sente documento es establecer un marco común para todas las iniciativas, buscando un equilibrio entre los aspectos corporativos que son necesarios respetar y la concreción y margen de especificidad de cada una de las experiencias.

La gestión clínica está iniciando sus desarrollos en experiencias concretas que según vayan consolidándose, y las organizaciones vayan madurando alcanzarán su máxima potencialidad como elemento de mejora de las organizaciones sanitarias.

ANTECEDENTES

El concepto de gestión clínica, tiene una vida muy reciente, pero se ha incorporado con fuerza en el debate de profesionales y gestores. Todos los servicios de salud han trabajado y están trabajando, en desarrollos organizativos basados en los modelos de gestión clínica. Algo similar a lo que otros sectores de servicios están haciendo, para mejorar la satisfacción de sus clientes, fomentan la implicación de sus profesionales, potencian su creatividad y sus conocimientos, y les hacen partícipes de los logros de la organización.

Diversos autores han planteado modelos organizativos que supera a los Servicios tradicionales individualmente considerados. Consiste en agrupamientos de diferentes especialidades dotándolos de mayor autonomía.

Un segundo elemento, es el concepto de Atención Focalizada en el Paciente (Patient Focused Care, PFC), basándose en la idea de que la atención debe acercarse a las necesidades del paciente y sustentarse sobre el protagonismo de los profesionales.

Es una aproximación diferente a la tradicional prestación de servicios sanitarios, enfocada hacia criterios funcionales, sistemas anatomofuncionales o procesos patológicos de las categorías diagnósticas mayores; unido a los problemas derivados de una organización hospitalaria demasiado vertical, jerarquizada y compartimentalizada.

Estas unidades fundamentadas en la Atención Focalizada en el Paciente (PFC), parten de una organización basada en los principios generales de agrupación (Clustering), disponen de mayores cotas de autonomía presupuestaria y de gestión, están gobernadas en gran medida por los propios profesionales y dirigidas por un gestor que suele ser asimismo el director técnico o clínico.

Las experiencias españolas en nuevos modelos de gestión, también nacen sobre la idea de que el eje principal es el paciente y el principio fundamental es la gestión clínica basada en el proceso asistencial.

Con esta orientación se han puesto en marcha diversas propuestas dentro del Sistema Nacional de Salud. Entre ellas: el proyecto del “Área del Corazón” del Hospital Juan Canalejo y las Unidades Clínicas del Instituto Galego de Medicina Técnica; los Institutos del Hospital Clínic de Barcelona; la gestión por Áreas Clínicas en Osakidetza, Institutos y Unidades Clínicas y de enfermería del Servicio Andaluz de Salud, etc.

Sin embargo la analogía de nuestros Institutos con el modelo americano concluye en el concepto de **agrupación de servicios**, ya que en nuestro medio, los Institutos del INSALUD son entes sin personalidad jurídica propia y con una autonomía de gestión limitada.

A partir del modelo teórico y de las experiencias anteriores, parece aconsejable diseñar los Institutos como una agrupación de recursos asistenciales, constituidos por varios servicios médicos y/o quirúrgicos y/o de soporte, especializados en patologías afines.

MARCO NORMATIVO

No es necesario buscar un marco normativo para la gestión clínica entendida ésta como una forma de gestionar las unidades, basada en la responsabilidad de los profesionales en la consecución de los objetivos de la organización.

En el caso de las Unidades de Gestión Clínica o de los Institutos se enmarca entre las nuevas formas de organización previstas para el Sistema Nacional de Salud, orientadas –entre otros objetivos- a otorgar autonomía a los centros prestadores de servicios y mejor atención a los usuarios. En el caso de los Institutos, se pretende dotar de autonomía a agrupaciones de servicios asistenciales, para la gestión de determinados procedimientos clínicos.

Por su carácter novedoso, en las normas reguladoras de la organización y planificación sanitaria no existe previsión nominal idéntica de Áreas Clínicas o Institutos. Sin embargo, sí aparece recogida en el ordenamiento sanitario una figura que ampara su constitución. En este sentido, el artículo 27 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Regla-

mento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el INSALUD (BOE de 16 de abril de 1987), dispone literalmente que:

*“...cuando las necesidades asistenciales así lo requieran, podrán crearse **unidades asistenciales interdisciplinarias**, donde los facultativos de las distintas especialidades desarrollarán sus actividades a tiempo parcial o completo. Estas unidades deberán de estar dotadas de unas normas de funcionamiento y se nombrará un responsable de entre los miembros que las compongan”.*

Por otra parte, y en una línea similar, el artículo 4 de ese mismo Real Decreto, dice que:

“...se instrumentarán las fórmulas administrativas precisas tendentes a proporcionar al hospital la mayor autonomía en la gestión y utilización de los recursos”

Así pues, a la vista del contenido de dichos preceptos puede perfectamente afirmarse que las Áreas Clínicas o Institutos tienen respaldo legal en nuestro ordenamiento jurídico sanitario, pese a que *prima facie* se pudieran presentar como una figura novedosa.

Para concluir, puede señalarse que, en el ámbito autonómico, aparecen recogidas también figuras similares a la del Instituto. Así, por ejemplo, la disposición adicional tercera de la Orden de 18 de noviembre de 1985, por la que se regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las instituciones hospitalarias de la Seguridad Social en Cataluña (DOGC de 4 de diciembre de 1985), hace referencia explícita a las “unidades funcionales interdisciplinarias”, señalando que:

“..para garantizar una adecuada atención de las necesidades asistenciales o a los efectos de cumplir con los objetivos sanitarios previamente determinados, las Instituciones hospitalarias a que hace referencia la presente Orden podrán ser dotadas de unidades funcionales interdisciplinarias en las que se integrarán profesionales de diferentes especialidades que desarrollarán sus servicios a tiempo parcial o completo.

La creación de estas unidades, en cualquier caso, se realizará por el Director General del Instituto Catalán de la Salud, a propuesta del Gerente o Gerentes de las Área de Gestión correspondientes”.

En su condición de organizaciones sanitarias sin naturaleza jurídica propia, integradas en un hospital, los Institutos estarán sujetos al mismo régimen jurídico que el hospital al que pertenezcan.

El director del Instituto tiene las responsabilidades asignadas en artículo 26 del Real Decreto 521/87.

“Los Jefes de las Unidades a que se refiere el artículo anterior serán responsables del correcto funcionamiento de las mismas y de la actividad del personal a ellos adscrito, así como la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados.”

En consecuencia, la amplitud y profundidad de la delegación de funciones de la que dispongan, formalizada a través de un apoderamiento específico, estará condicionada por el marco jurídico del centro al que estén adscritos.

La competencia para dicha atribución la obtienen por delegación de las funciones asignadas tanto al Gerente como al resto del equipo directivo del hospital, en los artículos 7º al 15º del ya citado Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud, de conformidad con el artículo 13 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común, en el que se regula la delegación de competencias por circunstancias técnicas o económicas.

2. Concepto de gestión clínica en el INSALUD

2. CONCEPTO DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL INSALUD

La gestión clínica es una forma de gestionar las unidades asistenciales, basada fundamentalmente en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de los objetivos.

El cambio de comportamiento de los clínicos es esencial a la hora de implantar un modelo de gestión clínica. El cambio viene determinado porque los clínicos han de asumir que la “gestión clínica” no es solo en la realización de la actividad sino la planificación, el diseño organizativo y la gestión de la actividad, en términos de oportuna, precisa, correcta a un coste razonable y con óptima calidad, propiciando la satisfacción del usuario y la del conjunto de los profesionales que prestan el servicio o facilitan su realización.

La gestión clínica pretende incrementar la **eficiencia** del Sistema Sanitario, **mejorando la utilización de los recursos** diagnósticos y terapéuticos y dotando a los profesionales de la **responsabilidad necesaria para que puedan tomar decisiones** en beneficio de los pacientes, gestionando la demanda desde criterios éticos, epidemiológicos y científicos.

El modelo de gestión clínica pretende por tanto:

- Impulsar una forma de organización que oriente la **actividad hacia el proceso asistencial** y a la atención integral del paciente.
- **Implicar a los profesionales en la gestión** de los recursos de la unidad o servicio al que pertenecen.

Para ello, se requiere:

- ✓ una descentralización efectiva de la toma de decisiones que afectan al servicio,
- ✓ dotar de la autonomía de gestión necesaria, con exigencia de responsabilidad,
- ✓ autoevaluación y proceso de mejora continua,
- ✓ estandarización de los procesos basados en la evidencia científica,
- ✓ una cultura de participación y comunicación interna dentro de las unidades,
- ✓ implicación de los profesionales y de los equipos directivos,
- ✓ fuerte componente de liderazgo directivo, para coordinar, apoyar y facilitar los cambios y ejercer la función esencial de control y evaluación de resultados.

Existen algunos elementos esenciales, de los que la organización hospitalaria debe disponer para asegurar el éxito de la gestión autónoma de las unidades clínicas son:

- ✓ Apoyo de las unidades de admisión, de gestión de pacientes y de documentación.
- ✓ Sistema de información orientado a la gestión clínica eficaz, oportuno y fiable.
- ✓ Gestión de costes que permita conocer el consumo de recursos de la unidad clínica, para cada una de las actividades y procesos.
- ✓ Existencia de una cultura de gestión dentro del hospital.
- ✓ Una cultura de evaluación permanente.

Formas organizativas:

- Unidades de gestión clínica, compuestas por una unidad básica asistencial, diagnóstica o de cuidados
- Áreas clínicas, áreas funcionales o institutos, que son agrupaciones de servicios en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia y orientado a un tipo específico de procesos.

La gestión clínica, es un sistema de descentralización de la gestión que nace con la finalidad de lograr mayor implicación profesional en la consecución de logros de eficiencia y calidad, por lo tanto el modelo no es único para el área médica sino para todas las áreas de los centros sanitarios. En este sentido se han llevado a cabo experiencias en otras comunidades autónomas, de gestión de áreas de diagnóstico, de gestión clínica de cuidados de enfermería, etc.

El concepto es el mismo, formas organizativas que facilitan el compromiso de los profesionales en la gestión de su propia actividad en beneficio de los pacientes y de los objetivos de la organización.

Los objetivos básicos de cualquiera de las formas de organización son:

1. Descentralizar y horizontalizar la organización. El modelo organizativo facilita la horizontalización, el trabajo coordinado sobre el eje fundamental que es el paciente, y el desarrollo de la promoción profesional.
2. Garantizar la atención integral al paciente, por lo que su actividad se focaliza en la **gestión por procesos**, donde el punto de atención es el enfermo y sus necesidades, procurando una atención en las mejores condiciones, dentro del menor tiempo posible.
3. Mejorar la eficacia, la eficiencia y la calidad, por estandarización de tareas y protocolización de procedimientos basados en la evidencia científica.
4. Facilitar la implicación y responsabilización, de los profesionales en la gestión, incrementando su intervención en la toma de decisiones no clínicas, en la utilización correcta de recursos y en la optimización de rendimientos, e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en su componente clínica como de gestión general.

Este planteamiento de horizontalizar la organización, acercando la toma de decisiones al paciente, coincide con la tendencia más actual de las teorías de la organización para grandes instituciones, orientada a reducir los niveles jerárquicos y a desarrollar estructuras matriciales, sobre todo cuan-

do, como en este caso, los productos o servicios finales son el resultado de un procedimiento multidisciplinar, basado en el conocimiento científico.

La microgestión, mediante la **gestión clínica y de cuidados**, supone dotar a los profesionales sanitarios de los incentivos, la información y la infraestructura física y organizativa precisas para tomar las decisiones asistenciales de una forma coste-efectiva y con orientación al paciente, sus expectativas y coste social de oportunidad.

Este enfoque obliga a identificar a los profesionales que están a cargo directo de los pacientes como responsables de las diferentes líneas de producción sanitaria. Es necesario generar un escenario que posibilite la innovación, la calidad y la mejora continua, al tiempo que se potencia la identificación y el compromiso con la institución.

El ejercicio profesional basado en el trabajo por procesos requiere que se le transfieran a los profesionales nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades asistenciales y las de gestión clínica. La diversificación de competencias, la excelencia técnica, la adquisición de habilidades y conocimientos, además de los resultados obtenidos, deberán incorporarse a los sistemas retributivos y de incentivos

Cada proyecto de Unidad de Gestión Clínica o Instituto debe tener sus variantes y especificaciones; pero, es fundamental que exista un planteamiento genérico común a todos ellos. También parece interesante garantizar desde el modelo, la horizontalidad, sencillez y operatividad, evitando que se recarguen los organigramas de las Áreas Clínicas o Institutos con puestos, estructuras o denominaciones que se distancien o generen equívocos.

Las unidades de gestión clínica o los sistemas de agrupación de servicios, implica la gestión de:

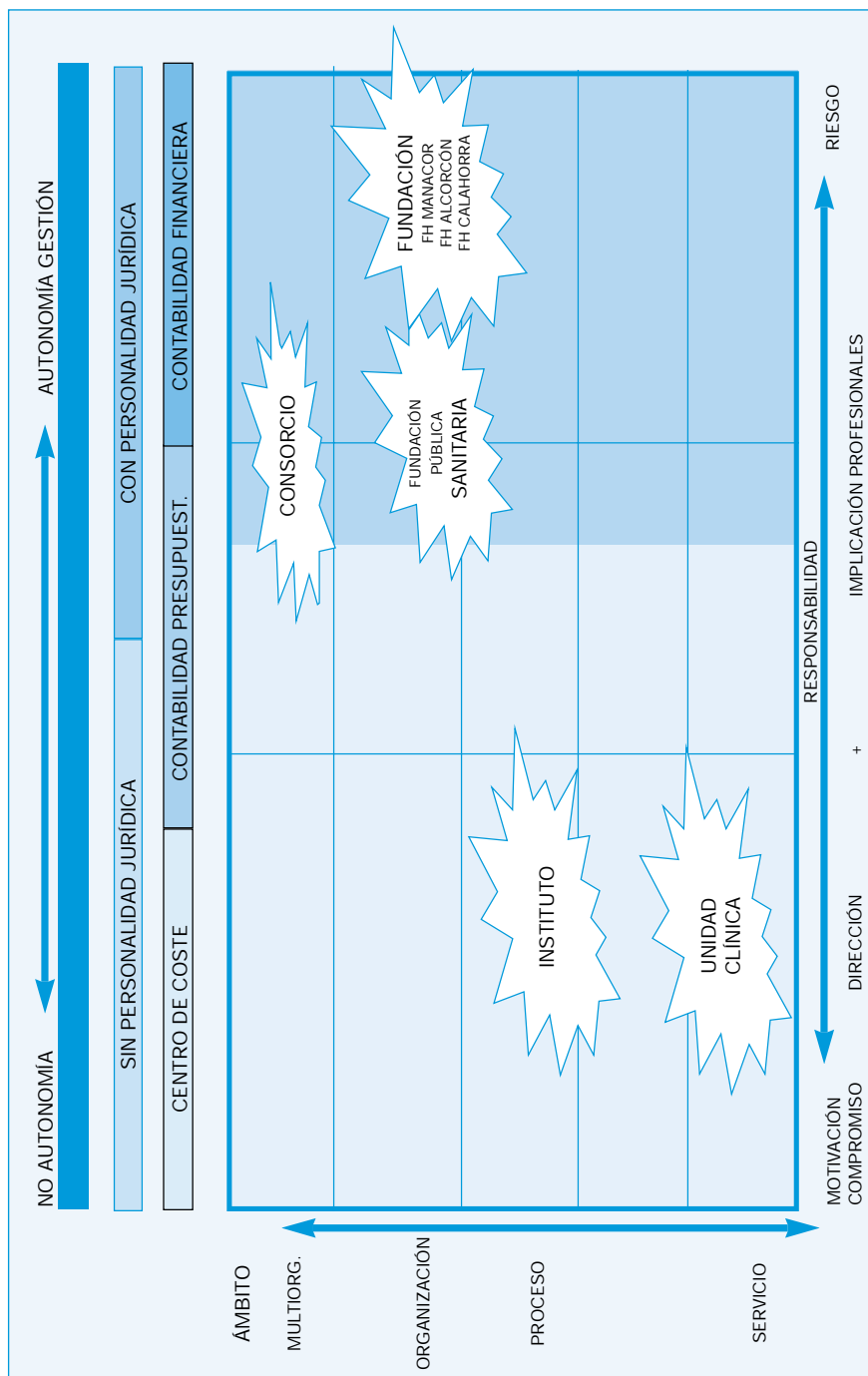
- ❑ RECURSOS DIRECTOS- Son los recursos y sus costes generados por la utilización directa de recursos humanos, materiales y tecnológicos en una actividad determinada.
- ❑ RECURSOS INDIRECTOS- Relacionados con la infraestructura imputable, utilizada pero no asignada, propia del Hospital y objetivada por criterios de utilización.

- ❑ **RECURSOS INDUCIDOS**- Consecuencia de la toma de decisiones clínicas sobre diagnósticos y tratamientos que directa o indirectamente inducen el consumo de recursos, en otro nivel asistencial, u otro servicio o unidad, y no son asignadas en la cuenta de resultados de la unidad (farmacia, IT, ect).

Es necesario destacar dos claves esenciales para el éxito del desarrollo de los modelos de gestión clínica:

Uno son las personas, **los profesionales** son el principal activo de toda organización. La búsqueda de la satisfacción de los profesionales a través de modelos de motivación y reconocimiento personal, en organizaciones que les permita realizar su trabajo y desarrollarse profesionalmente con plena satisfacción. Los modelos organizativos basados en el desarrollo de la gestión clínica, son estrategias de compromiso, donde intervienen todas las partes, y donde los resultados deben ser el aliciente que sirva de dinamizador.

El otro es **el liderazgo**, indispensable, tanto por parte de la dirección del centro como del responsable de la unidad de gestión clínica o instituto. Entendiendo el liderazgo como la capacidad de dirigir, conducir, entusiasmar e influir de forma positiva en las personas.



3. Unidades de gestión clínica

3. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

Las Unidades de Gestión Clínica, son unidades asistenciales, que pueden coincidir con un servicio clínico, con una unidad funcional, un área de apoyo, o una unidad de cuidados, ser multidisciplinar o no. Tienen un fin, se gestionan a través de un responsable los recursos asignados para el logro de unos objetivos concretos y se les ha dotado de un cierto nivel de autonomía de gestión.

Tienen capacidad de gestión y delegada la responsabilidad del correcto funcionamiento de la unidad y de la actividad del personal, así como la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados.

Se basan en conceptos de la gestión clínica que supone la gestión de las acciones, tareas y los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes, realizada con la implicación activa y responsable de los profesionales. Se basa en la toma de decisiones con criterios de adecuación y coherencia en la utilización de recursos, respecto a sus propios objetivos sanitarios y los institucionales.

La gestión de recursos sanitarios con que se le dota a la unidad tiene como fin adecuar la respuesta del sistema a las demandas de atención de los ciudadanos, en el nivel e intensidad asistencial apropiados, teniendo en cuenta el contexto en el que se produce y los recursos disponibles para satisfacer dicha demanda de un modo rápido, homogéneo, efectivo, coordinado, equitativo y eficiente

Incorpora conceptos de calidad y eficiencia en la práctica clínica, maximizando la efectividad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios a un

coste social razonable y sostenible, y aceptando que la ética individual debe asumir la preocupación por el bien común.

Tienen como características:

- Contrato de gestión propio, pactado directamente con las estructuras de asignación de recursos de su hospital y en el marco del contrato de gestión del propio hospital
- Tienen asignados unos recursos definidos y un presupuesto anual.
- Gestión de sus recursos materiales y humanos, pactados en su contrato.
- Tienen organización y normas internas propias.
- Evaluación continua de balance de resultados clínicos, económicos y de calidad.
- Diseño funcional basado en Gestión de Calidad Total.

4. Institutos

4. INSTITUTOS

Los Institutos consisten en la agrupación de servicios y especialidades en una única unidad de gestión, estructurada en función de criterios homogéneos de asistencia y cuidados, y orientados a un tipo específico de procesos. Son agrupaciones estables de servicios clínicos orientadas a la gestión de un grupo específico de procedimientos clínicos y dotadas de mayor autonomía de gestión.

El Instituto de un hospital del INSALUD, es un modelo organizativo interno diseñado para facilitar la gestión clínica y la atención integral del paciente.

Se enmarcan dentro de los nuevos modelos de organización, como una alternativa a la tradicional configuración de nuestros hospitales, que se debe hacer cuando por la configuración de la cartera de servicios varios servicios atienden el mismo proceso desde diferentes especialidades médica, quirúrgica, de diagnóstico o de tratamiento, y las circunstancias del centro así lo aconsejan y cuenta con el acuerdo de todos los servicios que van a participar en optar por este modelo organizativo.

Para el hospital del INSALUD, el diseño de un modelo asistencial **focalizado en el paciente** pretende redefinir la actual estructura de la organización, adaptándola a las necesidades de los mismos. Esto precisa de estructuras organizativas basadas en la reagrupación de pacientes en unidades, en función de criterios homogéneos de atención; la descentralización organizativa de aquellos recursos sanitarios cuya necesidad lo justifique; la flexibilidad y multifuncionalidad de los grupos de trabajo, la capacidad de

decisión de estos equipos en el ámbito de su área, y la adaptación de la arquitectura organizativa conjunta a las necesidades de cada una de estas unidades.

Su estructura y funcionamiento siguen los criterios de descentralización organizativa respecto al hospital manteniéndose la personalidad jurídica única del centro.

Este sistema multiservicios (agrupación de servicios complementarios) puede aportar notables ventajas respecto al tradicional servicio único y aislado:

- Consecución del efecto sinergia. Las unidades asistenciales integradas se complementan y minimizan las debilidades individuales.
- Obtención de economías de escala y reducción de costes operativos y de transacción, al compartirse instalaciones, equipos y cuadros directivos.
- Reducción de demoras, al poder programar coordinadamente.
- Capacidad de optimizar costes, en el total del proceso.
- Mayor capacidad de resolución y gestión clínica, al complementarse el trabajo integrado y la experiencia de diversos equipos.
- Mejora de la calidad percibida por el paciente ya que se actúa con acciones coordinadas de mayor efectividad.
- Resolución de los procesos más efectiva, eficiente y con mejor calidad
- Mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales, al configurarse equipos interdisciplinarios complementarios.
- Mejora del clima laboral, por mayor grado de implicación y democratización en la organización.

Se pretende dar respuesta a varias cuestiones:

- La prioridad de diseñar organizaciones enfocadas y centradas en el paciente.
- La eficacia, eficiencia y calidad como elementos característicos del sistema sanitario gestionado por el INSALUD.
- El diseño coherente y armónico de las estructuras organizativas. Flexibilizando y aplanando el organigrama, como respuesta a las necesidades de organización ágil del centro; y establecer la coordinación necesaria con el resto de estructuras del hospital.

Sus características generales son:

- Equipos interdisciplinarios en organizaciones horizontales, basadas en el conocimiento.
- Atención focalizada en el paciente y estructurada por procesos
- Dirigidas por medio de la gestión clínica
- Integra servicios clínicos complementarios en una estructura funcional común.
- La agrupación de servicios y especialidades relacionados con procesos asistenciales homogéneos, por líneas de producto/servicio.
- Pueden incluir también a servicios o unidades clínicas del hospital, cuya actividad esté vinculada a la cartera de prestaciones ofertada.
- Dirección única, a cargo de personal sanitario nombrado como director
- Dotados de esquemas organizativos sencillos, con pocos niveles jerárquicos, mucha y fluida comunicación y participación interna, y rapidez en la toma de decisiones

Al igual que las Unidades de Gestión Clínica:

- Dependiente de la Gerencia del hospital, que ha delegado en ella algunas capacidades de gestión

- Evaluación continua de balance de resultados clínicos, económicos y de calidad, a través de una comisión de seguimiento y apoyo
- Profundiza en la autonomía de gestión, pero sin personalidad jurídica propia.
- Contrato de gestión propio, pactado directamente con las estructuras de asignación de recursos de su hospital y en el marco del contrato de gestión del propio hospital.
- Tienen asignados unos recursos definidos y un presupuesto anual.
- Gestión de sus recursos materiales y humanos, pactados en su contrato.
- Tienen organización y normas internas propias.
- Diseño funcional basado en Gestión de Calidad Total.

Los Institutos, en tanto que nuevas formas de organización como alternativa a las formas organizativas tradicionales, tendrán su razón de ser en la medida en que se les dote de **esquemas organizativos sencillos**, que permitan la fluidez de las comunicaciones internas y la rapidez en la toma de decisiones.

Deben reorientarse los procesos de generación y difusión del conocimiento profesional, mediante **equipos interdisciplinarios** en organizaciones horizontales y el **trabajo por procesos**. Es decir, un cambio de sistema de relaciones y procesos que permita una organización basada en el **conocimiento**.

Realiza funciones:

Asistenciales, los Institutos tienen asignadas todas las funciones que la normativa vigente atribuye a los servicios de atención especializada, en el ámbito preventivo, asistencial, docente e investigador, en relación con el grupo específico de procedimientos incluidos en su oferta.

Gestoras, los Institutos tienen capacidad de gestión y delegada la responsabilidad del correcto funcionamiento de las unidades asignadas y de la actividad del personal, así como la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados. La gestión clínica supone la gestión de las acciones, tareas y los recursos disponibles para mejorar los niveles de salud de los pacientes, realizada con la implicación activa y respon-

sable de los profesionales. Se basa en la toma de decisiones con criterios de adecuación y coherencia en la utilización de recursos, respecto a sus propios objetivos sanitarios y los institucionales.

Es un proceso de gestión de recursos sanitarios que tiene como fin adecuar la respuesta del sistema a las demandas de atención de los ciudadanos, en el nivel e intensidad asistencial apropiados, teniendo en cuenta el contexto en el que se produce y los recursos disponibles para satisfacer dicha demanda de un modo rápido, homogéneo, efectivo, coordinado, equitativo y eficiente.

La dependencia, el control, garantía de eficiencia y garantía de legalidad se establece a través de la Dirección Gerencia del hospital en el que está integrada.

Pero el modelo de Institutos también puede tener sus debilidades, que conviene prevenir:

- Incompatibilidad de culturas, en la integración.
- Inestabilidad por reequilibrio de roles.
- La adecuación clínica y eficiencia pretendidas se pueden ver influidas por algunas eventuales deseconomías.
- Pueden generarse rechazos al proyecto por otras áreas del hospital si se perciben hipotéticos privilegios del área o unidad
- Podría darse al caso de la utilización de la autonomía de gestión sin asumir los miembros de la unidad la responsabilidad que conlleva las decisiones tomadas

En estos diseños tendrán mayores probabilidades de éxito aquellos proyectos que no sean solamente "teóricos", los que no se generen por "presiones sociales", los que tengan un líder reconocido, los generados por consenso o los que dispongan de un volumen razonable de actividad y/o recursos.

5. Marco funcional y operativo

5. MARCO FUNCIONAL Y OPERATIVO DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICAS Y DE LOS INSTITUTOS

5.1. CREACIÓN Y EXTINCIÓN

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

La creación de una unidad de gestión clínica exige la **voluntad** del responsable de la unidad clínica, expresado en documento razonado y de los profesionales adscritos, vehiculizado a través de su Dirección, así como pasar un **proceso de homologación** o acreditación que asegure la viabilidad del proyecto, y un plan de trabajo para ser autorizada su creación.

La puesta en marcha de estas unidades requiere que existan garantías de éxito, para ello deben dotarse de los medios y herramientas necesarias para que logren los objetivos.

El responsable de la unidad deberá presentar un plan de factibilidad (similar al de los Institutos). Una vez aprobado deberá pasar un proceso de homologación sobre todo en dos áreas:

- Sistemas de información asistenciales y de costes Cuadros de mando) diseñados para la gestión clínica y enfocados a la evaluación.
- Organización de las áreas de apoyo a las unidades (logística, admisión, documentación, etc) que garanticen una asistencia eficaz en la gestión de pacientes.

Una vez realizada esta homologación se procederá a constituir la unidad, y a dotarla de los recursos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, determinando el ámbito de su responsabilidad y los objetivos que se esperan, mediante un contrato de gestión que incluirá:

- ◆ Cartera de Servicios
- ◆ Objetivos de la Unidad Clínica
- ◆ Volumen de Actividad Asistencial
- ◆ Objetivos de Calidad
- ◆ Financiación
- ◆ Presupuesto Clínico
- ◆ Otros

El contrato se suscribirá con el Gerente del Centro y en el deberá constar todos los aspectos que se consideren que refieran las responsabilidades que se asumen y el grado de logro que se pretende.

INSTITUTO

La iniciativa de creación de un Instituto podrá partir:

1. *De los profesionales*: formulada por escrito, firmado por los profesionales de los servicios o unidades que se pretendan formar parte del proyecto. Dicha propuesta, presentada a la Gerencia del hospital, incluirá como mínimo los siguientes contenidos:
 - Servicios o unidades que conformarían el o Instituto.
 - Relación de peticionarios y firma.
 - Oferta asistencial del Instituto.
 - Memoria justificativa y oportunidad del proyecto.
2. *Del Hospital*: por criterios de gestión y oportunidad, una vez justificada su necesidad en el plan estratégico del centro.

En los casos que la iniciativa sea del hospital se contará en todo caso con el apoyo e implicación de la mayoría de los profesionales.

Por criterios de planificación, organización y gestión los Servicios Centrales y las Direcciones Territoriales del INSALUD, también podrán proponer a la consideración del hospital la creación de un Instituto.

La propuesta de constitución de un Instituto deberá ir acompañada de un "Estudio de Factibilidad" que incluirá los siguientes contenidos:

- Misión del o Instituto.
- Servicios, Unidades y especialidades que se adscriben.
- Análisis estratégico de la situación y recursos de esos servicios.
- Oferta de procedimientos que se propone. Cartera de servicios.
- Estructura y funcionamiento interno. Reglamento interno.
- Sistema de información
- Objetivos a corto y medio plazo de actividad, calidad y costes, así como sistema de evaluación de los mismos. Plan de Calidad.
- Presupuesto indicativo, de puesta en marcha, para el primer ejercicio sobre la base de la estructura de costes.
- Propuesta de financiación, basado en la actividad propuesta.
- Modelo de relación y coordinación prevista con otros Servicios del Hospital, servicios asociados, con la estructura directiva, con la Atención Primaria del Área, y con otros centros sanitarios.
- Investigación y docencia postgrado, si procede.
- Cronograma de implantación.

TRAMITACIÓN E INFORME DE LA PROPUESTA (UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA E INSTITUTOS)

La Gerencia del hospital deberá notificar a los proponentes su valoración inicial del proyecto. En caso de que ésta sea positiva, trasladará el escrito de los peticionarios, junto con su informe valorativo enmarcado en el Plan Estratégico, a la Subdirección General de Asistencia Sanitaria del INSALUD, quien evaluará asimismo la propuesta. En caso de que el informe fuese

favorable, lo notificará al Gerente del hospital, para que se constituya la Comisión Redactora del “Estudio de Factibilidad”.

El proceso de implantación y puesta en marcha de los Institutos y Unidades de Gestión Clínica, deben contar con el compromiso y apoyo de los equipos directivos para que este proceso de descentralización logre consumarse con éxito. La Dirección deberá apoyar a los promotores de la propuesta, para la elaboración del plan de factibilidad

1. COMISIÓN REDACTORA DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Se constituirá una Comisión Redactora que tiene por función la elaboración del “Estudio de Factibilidad”, su seguimiento y puesta en marcha. La Dirección facilitará la metodología y apoyos necesarios.

Estará integrada por:

- El Gerente, que podrá nombrar a un directivo que le represente.
- Equipo interdisciplinario de profesionales que integrará la futura Unidad o Instituto.
- Uno o varios técnicos designados de cada ámbito directivo por la Gerencia

2. APROBACIÓN DEL PROYECTO

1. Para que el “Estudio de Factibilidad” pueda ser presentado, deberá contar con la opinión de la mayoría de los facultativos de los servicios y unidades de adscripción. Asimismo, deberá haber sido presentado a los colectivos del personal sanitario no facultativo y personal no sanitario que se vincularían al Instituto o la Unidad de Gestión Clínica, a fin de que puedan formular su opinión.
2. El “Estudio de Factibilidad” habrá de ser aprobado en primera instancia por la Gerencia, después de haber oído a los órganos de participación correspondientes. Posteriormente el acuerdo de aprobación habrá de ser ratificado por la Dirección Territorial correspondiente.
3. El “Estudio de Factibilidad” será presentado a la Subdirección General de Asistencia Sanitaria.

4. Se iniciará el proceso de homologación, previo a la aprobación para su constitución y puesta en marcha.

3. PROCESO DE HOMOLOGACIÓN

El Plan Estratégico del INSALUD tiene previsto que todo centro o servicio sanitario que aspire a un nuevo modelo de organización, deberá someterse a un proceso de homologación que garantice la transformación organizativa.

Aunque las Unidades de Gestión Clínicas o Institutos no son entidades autónomas con personalidad jurídica propia, es importante su desarrollo controlado y que se aseguren los requisitos de garantía de eficiencia, calidad y legalidad. Por ello, parece aconsejable seguir el proceso de homologación previsto para los hospitales, si bien cabe incluir matizaciones.

La homologación tiene dos requisitos básicos bien diferenciados: la voluntad institucional mantenida de dotar a los centros sanitarios de autonomía real y la viabilidad de las propuestas de los centros como garantía de cambio y del Sistema.

Por tanto, todos los hospitales que pretendan constituir una Unidad de Gestión Clínica o un Instituto deberán:

- A) Tener elaborado el Plan Estratégico del Centro
- B) Pasar el proceso de evaluación de herramientas de gestión

A) Plan Estratégico del Centro

Para la creación de Unidad de Gestión Clínica o Instituto el Hospital deberá tener aprobado su correspondiente Plan Estratégico. Sería conveniente, que en las líneas estratégicas del centro, esté identificado como objetivo la creación de Institutos y los demás desarrollos de gestión clínica.

B) Evaluación de herramientas de gestión

La creación de Unidad de Gestión Clínica o Institutos requieren las máximas garantías para su correcto funcionamiento y viabilidad futura, por ello deben de dotarse de las herramientas de gestión necesarias para el

mejor cumplimiento de su fin. Con especial interés en los dos grandes apartados: de información y de organización.

- a) La información es fundamental en la gestión clínica por tanto, el centro sanitario debe tener desarrollados los aspectos de contabilidad analítica, codificación diagnóstica y sistemas de información integrados que permitan la protocolización y la evaluación.
- b) Es imprescindible una base organizativa suficiente para la materialización del proyecto, dando respuesta a aspectos como:
 - Participación, implicación y responsabilización de los profesionales
 - logística de tecnologías, adquisiciones, almacén y suministros
 - relaciones con servicios de apoyo (farmacia, laboratorios, radio-diagnóstico)
 - gestión de pacientes

La evaluación será por auto evaluación y por auditorías externas, realizadas por el INSALUD. Se evaluará principalmente aquellas herramientas que son necesarias para el buen funcionamiento de la Unidad Clínica o Instituto.

APROBACIÓN

Se debe asegurar en cualquier caso, en el proceso de creación de las Unidades de Gestión Clínicas y de los Institutos, que su constitución responda a cinco requisitos básicos:

- Mejora de la eficiencia y calidad del servicio
- Mejora en la atención a los ciudadanos
- Viabilidad económica-presupuestaria del proyecto
- Gestión adecuada de los centros
- Suficiente consenso interno

El “ Estudio de Factibilidad”, previo al proceso de homologación, debe dar respuesta a estas cuestiones.

La Unidad de Gestión Clínica y el Instituto será, en su caso, autorizado mediante resolución de la Dirección General del INSALUD.

Las Gerencias de los Centros Asistenciales pondrán a disposición de los grupos profesionales que soliciten la configuración de Unidades Clínicas o de Institutos, suficientes recursos técnicos para que se le ayuden y asesoren en el diseño y puesta en marcha de estas nuevas formas de organización.

CONSTITUCIÓN Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO

1. Acta de constitución. Asignación inicial de recursos

La Unidad de Gestión Clínica gestionará los recursos que se le asignen.

El Instituto gestionará todos los recursos de los servicios y unidades que se integren en la nueva estructura.

A tal objeto, con carácter previo al comienzo de actividades, y una vez designados sus órganos de gestión, se redactará un Acta de Constitución, firmada conjuntamente por la Gerencia del hospital y la dirección de la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto, en la que se especificarán los recursos asignados para su puesta en marcha.

El Acta incluirá, al menos, la siguiente información:

1. Recursos humanos, con puestos de trabajo, por categorías profesionales, y su presupuesto.
2. Equipamiento y mobiliario, inventariado y valorado.
3. Espacios físicos e instalaciones asignadas a la nueva organización, igualmente inventariados.
4. Material almacenado afecto a la Unidad o al Instituto.
5. Presupuesto asignado a los servicios y unidades adscritos (al Instituto o a la Unidad) para el ejercicio en el que inicie su actividad, prorrateado en función de la fecha de su puesta en marcha y modulado con

aquellas compensaciones que hayan sido acordadas entre la Gerencia del Hospital y el responsable.

6. Otras obligaciones y derechos adscritos a la Unidad Clínica o al Instituto: contratos de mantenimiento, compras o servicios devengados, equipamiento previsto en planes de necesidades del hospital, subvenciones, etc.
7. Los recursos compartidos con otras unidades o servicios que no se asignen a la nueva estructura se reseñará la participación que le es imputable.

Modificaciones de dotación inicial

Los recursos inventariados en el acta de constitución, podrán ser modificados, en función de las necesidades y criterios de la gestión. Cualquier modificación deberá garantizar como mínimo la continuidad de los niveles de asistencia, docencia e investigación alcanzados por los servicios o unidades asignados.

El responsable la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto, dentro de su marco jurídico, normativo y presupuestario, podrá proponer las modificaciones necesarias que le afecten. Las propuestas del número de efectivos, así como de equipamiento e instalaciones básicas, deberán ser presentadas por la dirección de la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto a la Gerencia del hospital.

La Gerencia del hospital podrá autorizar o denegar de forma motivada.

En caso de aprobación por la Gerencia del hospital, se seguirán los procedimientos reglamentarios habituales. En cualquier caso se deberá mantener actualizada la relación de recursos asignados a la Unidad de Gestión Clínica/Instituto.

2. Normas internas de funcionamiento

Una vez constituido el Comité de Gestión en el caso del Instituto y aprobada la constitución de la Unidad de Gestión Clínica, se elaborará el reglamento interno que adoptará la forma de "Documento de Normas Internas".

En el Documento de Normas Internas se recogen las normas que regularán la actividad y organización de la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto y se establecen garantías generales de eficiencia.

Orientativamente puede incluir, entre otros, los siguientes contenidos:

- Denominación, misión, objeto, finalidad, funciones, ámbito.
- Composición
- Comité de Dirección (en el caso del Instituto). Procedimiento de designación y cese de miembros del Comité de Dirección
 - Desarrollo de sus funciones y competencias
 - Criterios generales de organización y funcionamiento del Comité de Dirección de Unidad de Gestión Clínica o Instituto. Procedimientos de convocatoria, funcionamiento, acuerdos y votación en el Comité de Gestión, especificando aquellos asuntos que requieran mayoría cualificada, y los términos de ésta.
- Funciones del responsable de la Unidad o del Instituto
- Criterios generales de organización y funcionamiento
- Relaciones con otros servicios y/o unidades
- Circuitos de pacientes
- Marco financiero, contable y personal. Capacidad y responsabilidades, y nivel de decisión.
- Sistemas de información para el seguimiento y evaluación de los resultados de la unidad

El reglamento será remitido a través de la Gerencia del Centro a la Subdirección General de Asistencia Sanitaria para su conocimiento y propuesta de modificaciones si procede.

3. Constitución de los órganos de gestión del Instituto

Una vez autorizada, será comunicado a la Gerencia del Hospital para que proceda a la constitución de los Organos de Gestión del Instituto.

Al constituirse dichos Órganos, la Dirección del Hospital les facilitará la documentación e información necesaria para la gestión cotidiana, y establecerá el cronograma y una fecha para el inicio formal de actividades del Instituto.

EXTINCIÓN

Corresponde al Director General del INSALUD la extinción del Instituto o Unidad de Gestión Clínica como tal.

La propuesta de extinción podrá producirse por:

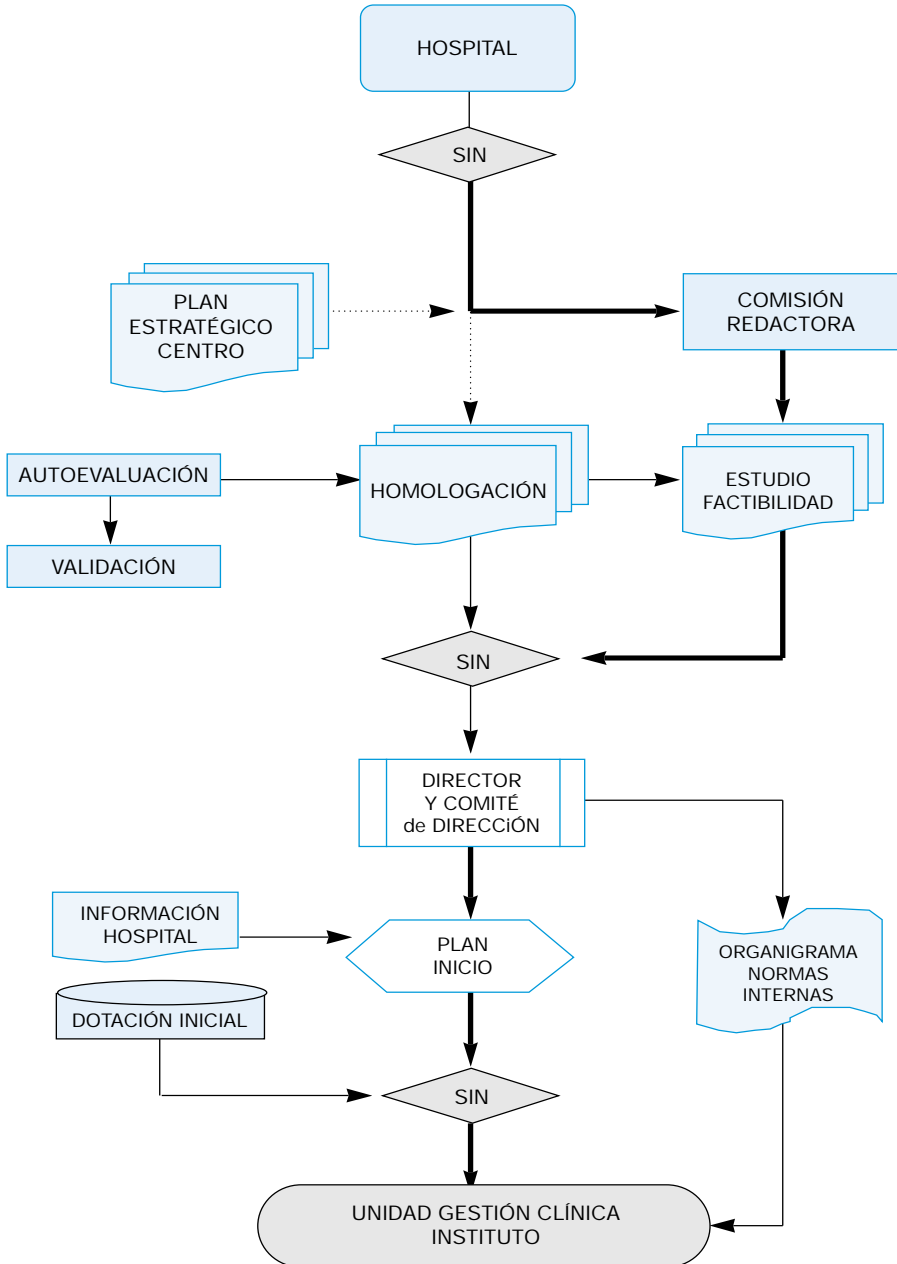
1. Acuerdo del Comité Directivo, por causa justificada y con la mayoría cualificada que prevea su reglamento.
2. A propuesta de la Gerencia, por incumplimiento de los objetivos para lo que fue creado, cuando dificulte el normal funcionamiento de la globalidad del hospital, cuando existan disfuncionalidades o conflictos internos que impidan la viabilidad del área.

En este último caso, con carácter previo, el Comité Directivo del Instituto, habrá sido apercibido por la Gerencia del hospital, y en todo caso, se les solicitará formulen las alegaciones que considere necesarias, antes de que la Dirección General decida sobre la ratificación del acuerdo de extinción.

3. Por el INSALUD, a propuesta de la Subdirección General correspondiente, de forma motivada, previamente se dará audiencia en este caso al Comité Directivo del Instituto y a la Gerencia del hospital antes de la resolución del Director General.

En el momento de la extinción del la Unidad o Instituto, los profesionales se reintegrarán a las formas organizativas contempladas en la legislación vigente (en la actualidad Divisiones y Servicios regulados por el RD 521/87) en las mismas condiciones existentes en el momento de su asignación a la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto.

CREACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA O INSTITUTOS



5.2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

El esquema organizativo de los Institutos y de las Unidades de Gestión Clínica, debe ser sencillo, permitir la fluidez de las comunicaciones internas y rapidez en la toma de decisiones. También parece interesante garantizar desde el modelo, la horizontalidad, simplicidad y operatividad. La estructura organizativa, en cualquier caso debe ser la que mejor asegure una atención efectiva y de calidad a los pacientes.

Unidades de Gestión Clínica

En el caso de las **Unidades de Gestión clínica** al frente de la unidad estará un responsable, nombrado por el procedimiento de libre designación por el Gerente del hospital. La estructura organizativa debe ser sencilla y configurarse de forma que asegure la correcta participación de los profesionales y que la información fluya en todo la Unidad.

Las Unidades de Gestión Clínica tendrán dos niveles básicos de responsabilidad:

- Núcleo directivo: responsable de la Unidad
- Núcleo operativo: profesionales adscritos

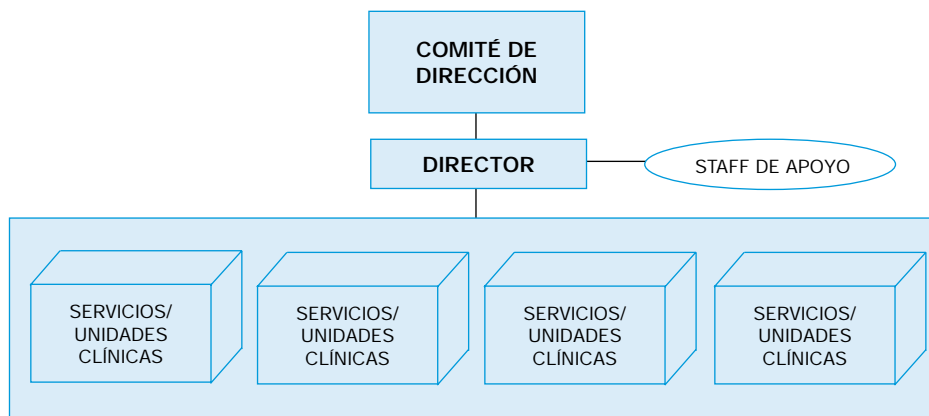
La responsabilidad del correcto funcionamiento de la unidad, de la organización, de la actividad, de la gestión de la demanda, así como de la adecuada utilización de los recursos, es de la persona responsable.

Institutos

La agrupación de servicios pueden tener formas diferentes en cada Instituto en función de factores como el tamaño de estructuras, naturaleza de actividad; complejidad, intensidad y volumen; clima y madurez organizativa, liderazgo, cultura de la organización, historia, oportunidad, etc.

Cada Instituto debe tener un diseño que le permita dar respuesta a sus propias necesidades, peculiaridades y especificidad; pero, es fundamental, en el marco institucional del INSALUD, que exista un planteamiento genérico común a todos ellos.

ESTRUCTURA BÁSICA INTERNA DE ÁREAS CLÍNICAS O INSTITUTOS



Los Institutos tendrán tres niveles básicos de responsabilidad:

- Núcleo coordinador: Comité de Dirección
- Núcleo directivo: Director del Área Clínica o Instituto
- Núcleo operativo: Unidades Clínicas.

EL COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL INSTITUTO

1. COMPOSICIÓN

Estará constituido por el director del Instituto y como mínimo por los responsables de las unidades clínicas que integren el Instituto. Formarán parte del Comité Directivo el/los responsable de enfermería del Instituto y una persona designada por la Dirección de Gestión y Servicios Generales.

El presidente del Comité será propuesto entre los miembros del Comité.

2. FUNCIONES

El Comité de Dirección deberá garantizar la comunicación, participación y toma de decisiones integradas y coordinadas.

Entre las funciones del Comité, se incluyen:

1. La elaboración y propuesta de modificación del reglamento interno,
2. Estudiar los objetivos sanitarios y los planes económicos del Instituto, instrumentando programas de dirección por objetivos.
3. Seguimiento de las actividades del Instituto y sus unidades clínicas y proponer las medidas de mejora necesarias
4. La aprobación de la propuesta de actividad y presupuesto
5. La propuesta de asignación de incentivos a los órganos competentes
6. La aprobación de la memoria anual y acuerdo de gestión con el Hospital,
7. La propuesta de nombramiento y cese del director del Instituto
8. Los aspectos de coordinación y funcionamiento cotidiano del Área
9. La evaluación continuada de las actividades del área y las propuestas de mejora
10. En general, todos aquellos temas de interés general que considere convenientes a propuesta del director del Instituto, o de una mayoría de sus miembros.

El reglamento interno del Instituto definirá su funcionamiento y que acuerdos deben requerir mayoría cualificada del Comité, así como la cuantificación de esa mayoría.

Es interesante constituir una **Comisión de Seguimiento, coordinación y apoyo**, que estará formada por el Gerente y un miembro de cada División y el o los Directores de los Institutos. Tiene como finalidad, dar apoyo y coordinar las actividades de los Institutos, entre las diferentes áreas de centro, así como implicar a todos en los objetivos globales y compartidos del hospital.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO

REGULACIÓN

De conformidad con lo establecido en el Art. 27 del Real Decreto 521/87, el responsable del Instituto tendrá la denominación de Director y asumirá la

responsabilidad de la gestión del Instituto, en los términos previstos en el artº 26 del citado Real Decreto..

NOMBRAMIENTO

El Director será nombrado de entre los miembros que componga el Instituto por el procedimiento de libre designación, por el Gerente a propuesta del Comité de Gestión. En el Director podrá recaer también el nombramiento de Presidente del Comité de resultar elegido.

FUNCIONES

El Director del Instituto tiene encomendada por el Gerente del Hospital, la responsabilidad del correcto funcionamiento de las unidades asignadas y de la actividad del personal, así como la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados.

Será el interlocutor del Gerente del hospital en la gestión del Instituto y el director de las unidades clínicas que lo integran, con capacidad ejecutiva, excepto para las decisiones estratégicas del Área y aquellas otras que correspondan el Comité de Dirección.

Su nombramiento y cese corresponderá al Director Gerente del hospital, oído el Comité de Dirección.

Anualmente se establecerá una evaluación del desempeño del director del Instituto, por el Gerente del centro, en base al cumplimiento del contrato de gestión del área.

UNIDADES CLÍNICAS DEL INSTITUTO

El Instituto podrá estructurarse en unidades clínicas. Tienen funciones y/o productos bien definidos y pueden disponer de personal médico, de enfermería y no sanitario, quienes, bajo la dirección de un responsable clínico, realizan una actividad asistencial definida y cuantificable, utilizando para ello equipamiento, instalaciones y espacios físicos, también claramente definidos.

El Instituto, como agrupación de Servicios, no los suprime, sino que los integra funcionalmente, siempre bajo la dirección del Comité de Dirección del Instituto y del Director del mismo.

SERVICIOS O UNIDADES CLÍNICAS ASOCIADAS

Son aquellos servicios o unidades del hospital, que tienen objetivos y recursos comunes con el Instituto, participan en procedimientos incluidos en su oferta asistencial y pueden participar en algunas de sus decisiones, pero no están integrados orgánicamente en la estructura del Instituto.

Se coordinan a través de protocolos y guías clínicas.

5.3. GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos constituye un elemento clave para la mejora del funcionamiento de cualquier organización. Esta realidad es especialmente patente en los hospitales en los que coexisten una gran diversidad de procesos asistenciales y no asistenciales, algunos de ellos de una gran complejidad, que interrelacionan entre sí y deben estar perfectamente sincronizados.

La evolución de la medicina, que cada vez adquiere un carácter más multidisciplinar y multidisciplinar, obliga a establecer guías de práctica clínica que favorezcan una medicina más rápida e integrada.

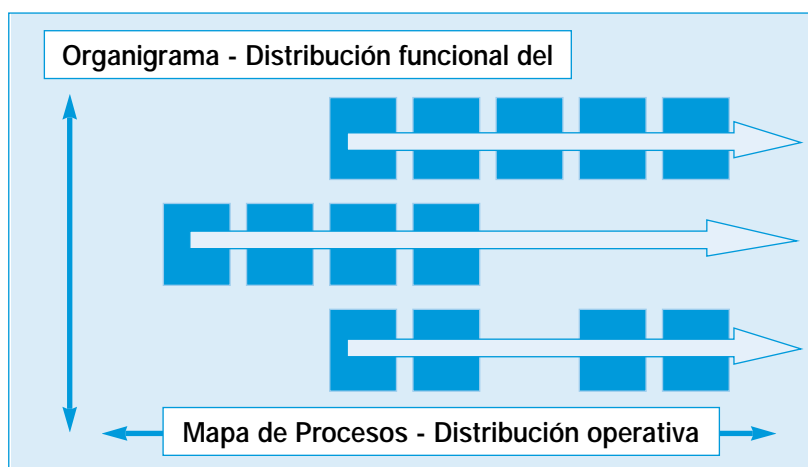
Los centros sanitarios dependientes del INSALUD son instituciones orientadas a prestar servicios sanitarios a los ciudadanos con la máxima calidad posible, a través de la mejora continua de todas las actividades que llevan a cabo, adecuándose a las necesidades y expectativas de la población y su entorno.

Las organizaciones sanitarias se han caracterizado históricamente por tener una estructura vertical, es decir, una estructura organizativa diseñada siguiendo un esquema funcional, basada en una visión compartimental, especializada y orientada hacia las unidades y servicios.

Esta estructura vertical de la asistencia hospitalaria origina a veces una repercusión negativa en forma de demoras, duplicidades y diferentes formas de abordar un mismo proceso que genera ineficiencias e insatisfacción en los propios usuarios a los que van dirigidos los mismos. No permite a veces tener una visión integradora de la organización. Así la gestión por pro-

cesos nos permite aproximarnos a como afrontamos la actividad asistencial, y que actividades están implicadas. Es posible de esta forma detectar oportunidades de mejora en la asistencia, así como actividades que aportan poco al éxito de los tratamientos (actividades a reducir o eliminar), y otras que lo hacen de forma importante (actividades a potenciar).

Como consecuencia de esto, las organizaciones sanitarias se encuentran con la necesidad de reestructurarse, desarrollándose una nueva forma de pensar: la organización entendida como un sistema, denominada también organización horizontal u **organización por procesos**.



Esta visión horizontal de la organización en contraposición a la vertical, permite conocer como se desarrollan los procesos y las relaciones internas cliente-proveedor a través de las cuales se producen los productos y servicios.

En definitiva, la organización sanitaria debe ser entendida como un conjunto de procesos que producen resultados de valor para los pacientes, y que son realizadas por diferentes profesionales, en vez de como un conjunto de funciones separadas entre sí que intentan optimizar sus resultados sin tener en cuenta los objetivos finales de la organización y del sistema.

Un proceso es un conjunto de actividades interrelacionadas y ordenadas que actúan sobre unas entradas y que van a generar un resultado que debe estar preestablecido para unos pacientes identificados.

La gestión de procesos a desarrollar por los Institutos o Unidades de Gestión Clínica deben hacer referencia a:

1. Los circuitos generales de pacientes para cada una de las áreas asistenciales: hospitalización, procedimientos técnicos, programación quirúrgica, consultas y urgencias.
2. La gestión de las enfermedades en las que se incorporen la planificación de su diagnóstico y tratamiento, la organización e interrelación de servicios u profesionales que coparticipan en la asistencia al paciente, la información al usuario y su capacidad de intervenir en la selección de la alternativa terapéutica mas apropiada y por último, los mecanismos de supervisión evaluación de los resultados obtenidos.
3. Los Sistemas de Información necesarios para que el Instituto o Unidad puedan desempeñar su misión, con especial mención a aquellos que permitan analizar la evolución de su actividad, calidad y costes.

La materialización de la gestión por procesos se debe hacer con la elaboración de **Guías Integradas Asistenciales**, que determina el conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales, desde que comienza un episodio clínico hasta que el paciente recibe el alta médica, que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica. Las Guías Clínicas Asistenciales permiten la planificación, implantación y evaluación del proceso asistencial de forma no segmentada, es decir, teniendo en consideración también las actividades no asistenciales, y los costes del proceso. Son un paso más que las Guías y Vías Clínicas que solo integran las actividades asistenciales.

5.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN

SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

El Hospital dispondrá de un sistema de información adecuado para cubrir las necesidades de información integrada de la Unidad de Gestión Clínica y del Instituto. El subsistema de las Unidades de Gestión Clínica es una parte del Sistema de Información del Hospital, que permite disponer de información completa e integrada para poder desarrollar la gestión clínica.

Del mismo modo, los formatos de citación, C.M.B.D., peticiones de pruebas, interconsultas y altas, deben ser homologables con los del hospital, e integrables en un cuadro de mando único para todo el centro.

Desde el inicio de sus actividades, la información asistencial de las Unidades de Gestión Clínica o de los Institutos se realizará basándose en procesos y estructuras de clasificación de pacientes, tanto para el seguimiento de la actividad clínica, como para la estimación de costes.

El subsistema de información, se completará con un cuadro de indicadores, que permita la evaluación y seguimiento de sus objetivos, tanto por director del Área, como por la Gerencia del hospital, o por auditores externos. Los cuadros de mando se orientarán a facilitar la toma de decisiones, e incluirá seguimiento del contrato de gestión, análisis de casuística y resultados asistenciales, seguimiento de los objetivos de calidad.

Los indicadores de calidad en la codificación de los procedimientos gestionados por la Unidades de Gestión clínica o los Instituto, figurarán entre los objetivos anuales del acuerdo de gestión.

ADMISIÓN DE USUARIOS

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital establecerá una relación de Agencia de Servicios con la Unidad o el Instituto, de esta forma le facilitará todo el proceso de gestión de pacientes. Se protocolizará la relación permanente con la Unidad/Instituto.

Los criterios para la gestión de pacientes serán pactados por el director del de la Unidad de Gestión Clínica o Instituto con el responsable del servicio de admisión, respetando en todo caso, los criterios generales del centro sanitario.

5.5. PLAN DE CALIDAD TOTAL

La Unidad de Gestión Clínica o el Instituto es un modelo organizativo para la gestión clínica, basado en los conceptos de atención focalizada en el paciente, por lo que resulta fundamental que el Plan de Calidad incluya todos los elementos asistenciales, no asistenciales y de implicación de los profesionales.

La Calidad Total debe dar respuesta a componentes como:

- Satisfacción del paciente
- Excelencia de los profesionales y su práctica
- Organización
- Valor añadido como empresa de servicios
- Garantía de Calidad corporativa

El concepto de calidad está implícito en la cultura clínica por lo que es necesario construir sobre esa base:

- La práctica de la **medicina basada en la evidencia científica** para fomentar la excelencia clínica y disminuir la variabilidad en la práctica.
- La **evaluación de las tecnologías médicas**, desde los aspectos de eficacia, seguridad y eficiencia.
- **La adecuación**, buscando la mejor combinación de prestaciones, estructuras, tecnologías, y profesionales.
- Sistemas de información propios de la **gestión clínica y de cuidados**.
- Organización desde la **atención focalizada en el paciente**.

Es decir, un concepto globalizador y dinámico de la asistencia enmarcado en una política integradora de Calidad Total

El Área de Gestión Clínica o Instituto debe considerarse como burocracia profesional basada en el **conocimiento**, superando los conceptos organizativos de la calidad en la empresa tradicional. La calidad supera a la simple prestación del servicio y abarca a toda la organización, esto es **Calidad Total**.

La complejidad del sector está acentuada por el enorme número de “productos” prestados en un hospital y su heterogeneidad. El sistema de calidad elegido deberá ser muy flexible y adaptable a todo un abanico de productos, abordando la **Calidad como Valor Añadido** en una organización de servicios, es decir **Calidad Total**.

El INSALUD es un sistema global, sin embargo, su organización interna es enormemente variada por lo que los sistemas de calidad deben de poder

adecuarse a una organización amplia y muy compleja. La calidad no es un factor aislado, y pasa a tener un componente **corporativo**, esto es una concepción de **Calidad Total**.

El Plan de Calidad Total que se incorporará al proyecto de factibilidad del Instituto o Unidad de Gestión Clínica se evaluará anualmente, y formará parte del acuerdo de gestión con el hospital.

El Plan de Calidad Total anual incorporará objetivos a corto y medio plazo, con las acciones previstas para su desarrollo y los indicadores para su evaluación, e incluirá siempre la doble componente clínica y de calidad percibida por el usuario, bajo el enfoque de la mejora continua en todos los aspectos del Instituto o Unidad de Gestión Clínica. Su contenido, desarrollo y seguimiento estarán coordinados con las actuaciones del hospital referidos a calidad.

La metodología se desarrollará en dos aspectos:

- Mejora continua
- Evaluación objetiva y sistematizada de calidad en todos los aspectos

El Plan de Calidad deberá dar respuesta explícitamente, tanto a los objetivos mínimos relativos a la Calidad Asistencial, como a los correspondientes a la Calidad Percibida por el Usuario.

1. CALIDAD ASISTENCIAL

El Plan de calidad clínica, deberá responder a unos objetivos mínimos, entre los que se incluirán:

- Implantación de una guía integradas de práctica clínica homologable con los estándares de cada especialidad.
- Vinculación de la actividad asistencial, con las de investigación, prevención, formación y docencia.
- Protocolización de la atención de enfermería, integrada en las guías de práctica general.
- Protocolización de actuaciones con las demás áreas asistenciales del hospital.

- Coordinación de profesionales de las Unidades de Gestión Clínica o de Instituto a los Centros de Atención Primaria, tanto en consultas, como en formación continuada y en protocolización del seguimiento de pacientes.
- Acciones para la mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos en la práctica asistencial.
- Definición y seguimiento de una batería de indicadores, que permita la autoevaluación asistencial de la actividad de los profesionales (incluyendo los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento), del uso de los recursos, de los resultados clínicos, de los cuidados de enfermería, así de como la calidad de vida aportada al paciente.

2. CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO

Junto con el plan de calidad asistencial, el acuerdo de gestión anual incorporará un plan de calidad percibida por el usuario. Deberá responder a unos objetivos mínimos, entre los que se incluirán:

- Impacto del nuevo modelo en la calidad percibida por el paciente
- Acciones en formación continuada y en comunicación, dirigidas a los profesionales de las Unidades de Gestión o de los Institutos y a usuarios reales y potenciales, sobre la necesidad de centrar la actividad asistencial en el usuario.
- Realización de evaluaciones periódicas y objetivas entre los pacientes, para conocer su valoración de la asistencia y atención recibidas.
- Atención efectiva a las sugerencias y quejas planteadas por los usuarios, o por colectivos de opinión.
- Seguimiento específico de la calidad de la información facilitada al usuario o a sus acompañantes, de la personalización de la atención recibida y del seguimiento realizado con posterioridad al alta asistencial.
- Asignación de un médico y enfermera responsable, e identificación de los profesionales ante los usuarios.

5.6. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Gestión de Recursos Humanos

Es necesario generar un escenario que posibilite la innovación, la calidad y la mejora continua, al tiempo que se potencia la identificación y el compromiso con la institución.

El ejercicio profesional basado en el trabajo por procesos requiere que se le transfieran a los profesionales nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades médicas y las de gestión clínica (Managed Care). La diversificación de competencias, la excelencia técnica, la adquisición de habilidades y conocimientos, además de los resultados obtenidos, deberán incorporarse a los sistemas retributivos y de incentivos.

La gestión del factor humano es una de las claves del sistema del Instituto.

1. ASIGNACIÓN

UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA. Una vez aprobado el proyecto se procederá a asignar los recursos humanos que van a formar parte de la Unidad, está puede estar compuesta por personal de la unidad o servicio y por otros profesionales que presten servicio a tiempo total.

INSTITUTOS. Una vez cumplidos los tramites de aprobación y autorización, se procederá a asignar los recursos humanos al área. Podrá quedar asignado al Instituto:

- El personal facultativo de los servicios, unidades y especialidades que se definen en el proyecto quedará asignado al Instituto
- El personal de enfermería y de gestión de los servicios y unidades que preste servicio a tiempo total, quedará asignado al Instituto, si así se estima necesario. Este personal dispondrá de los procedimientos habituales para solicitar su traslado interno en el hospital.
- Podrá existir personal médico y de enfermería y no sanitario del hospital que preste sus servicios de forma parcial al Instituto y sin estar asignado a la misma.

2. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Es competencia del responsable del Instituto o de la Unidad de Gestión clínica, la asignación de tareas, la organización del horario, las condiciones generales de desarrollo de la actividad, siempre en coordinación y colaboración con las diferentes direcciones del hospital y dentro del marco normativo.

3. PLANES FORMATIVOS

Anualmente se elaborará dentro del marco normativo el plan de formación general para cada una de las profesionales, con especial atención a los contenidos específicamente relacionados con las actividades de la Unidad de Gestión Clínica o Instituto.

4. INCENTIVOS

Se utilizará básicamente tres tipos de incentivos para el personal a su cargo: formación específica, equipamiento e incentivación económica.

En el contrato de gestión, se establecerán los criterios de incentivación y de reparto y distribución de los mismos, que deberán ser conocidos por los integrantes del Instituto o de la Unidad de Gestión Clínica.

La incentivación está ligada a la consecución de los objetivos, condicionada por el cumplimiento del contrato de gestión del Instituto o de la Unidad de Gestión Clínica, y referida a la evaluación individual de la aportación en la consecución de dichos objetivos.

1. Se podrá utilizar las actividades formativas puntuales, o el apoyo a proyectos investigadores diferenciados, como instrumentos de motivación y reconocimiento para sus profesionales, además de los planes de formación continuada, e investigación, programados anualmente.
2. La bolsa de incentivación estará constituida por la productividad variable asignada al hospital en su contrato de gestión, en los mismos términos y condiciones que los aplicados al resto de las unidades y servicios del hospital, tanto en su importe como con los criterios de reparto. Así mismo la bolsa de incentivación se podrá incrementar con los créditos generados por la propia Unidad o Instituto, como con los generados por otros programas específicos que le afecten.

5.7. GESTIÓN ECONÓMICA. GESTIÓN DE COMPRAS Y LOGÍSTICA

INFORMACIÓN CONTABLE

Además del subsistema de información económico-administrativa de la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto, que formará parte del sistema del Hospital, cada Instituto o Unidad deberá disponer de:

1. Estimaciones del coste de cada uno de sus procedimientos, así como de su Case-Mix.
2. Información contable interna, que incluya información asimilable a una cuenta de resultados.

Al inicio de sus actividades, cada Unidad Clínica o Instituto dispondrá de una contabilidad analítica, que deberá desarrollarse a partir de la general del hospital, para los procedimientos incluidos en su oferta de servicios.

PREVISIÓN DE INGRESOS Y GASTOS

La Unidad de Gestión Clínica o el Instituto dispondrá de un contrato de gestión que se conformará como adendum al contrato de gestión del hospital. La financiación se establece sobre presupuesto cerrado, calculado por actividad y calidad, sobre la cartera de servicios aprobada.

La previsión de ingresos se establece mediante un presupuesto económico para financiar la actividad asistencial prevista para su colectivo de población.

En los contratos anuales de gestión, que Unidad Clínica o Instituto establecerá con el hospital, figurarán los ingresos y gastos previstos a lo largo del año, vinculados a una actividad asistencial que también se estimará previo al comienzo del ejercicio.

El volumen de ingresos previsto, será fundamentalmente el resultado de multiplicar el número de procedimientos que se estima realizar a lo largo de todo el año, por las tarifas respectivas. Es importante que todas las Unidades Clínicas o Institutos tengan la misma tarifa para un mismo proceso asistencial

Los incrementos de actividad respecto a lo estipulado en el contrato de gestión no serán financiados extraordinariamente, aunque deberán ser

contabilizados y analizados a efectos de evaluación del Área Clínica o Instituto.

La Unidad de Gestión Clínica o el Instituto debe ofrecer una cuenta de resultados equilibrada. En sistema de contabilidad presupuestaria, los gastos no deben superar el presupuesto asignado.

Si por causas ajenas a la gestión de la Unidad de Gestión Clínica o el Instituto, se genera cuenta de resultados anual negativa, el responsable del Área deberá remitir un informe detallado de las causas que han originado dicha desviación. El hospital deberá subvencionar ese déficit, para que el área pueda completar la actividad demandada. Si los motivos de la desviación no estuvieran justificados, esta desviación afectará a la incentivación.

Si, por el contrario, el signo de la cuenta de resultados fuera positivo, es decir si se generara un excedente al finalizar el ejercicio, el hospital proveerá una compensación al Área destinado a la incentivación según los acuerdos a los que se haya llegado en el contrato de gestión.

INFORMES Y CONTROL PRESUPUESTARIOS

Con periodicidad mensual, la Gerencia del hospital facilitará al director de la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto un resumen de la gestión del presupuesto, que incluya el estado de los ingresos y gastos, así como las desviaciones respecto de las previsiones presupuestarias a comienzo de ejercicio.

La tutela sobre la desviación presupuestaria será a cargo de la Dirección Gerencia del hospital, a fin de solucionar las causas de la desviación.

Anualmente, al final del ejercicio, el responsable de la Unidad de Gestión Clínica Instituto presentará el Informe Económico - Contable y la Memoria de Gestión.

GESTIÓN DE COMPRAS Y LOGÍSTICA

La gestión de compras se ajustará a la legislación vigente. La Unidad de Gestión Clínica o el Instituto dispondrá de un catálogo propio de productos que deberá elaborar, con carácter obligatorio, en el plazo de tres meses

desde su constitución. Dicho catálogo se elevará a la Gerencia del Hospital para su aprobación.

La existencia del Catálogo de Productos aprobado por la Gerencia, será preceptiva para la realización de las correspondientes compras, realizándose además pactos de consumo en estas unidades. La Unidad de Gestión Clínica o el Instituto, elaborará las especificaciones técnicas de los productos de uso de los mismos, así como los informes técnicos de las adjudicaciones, participando en la Mesa de Contratación de aquellos concursos que les afecten.

La gestión de compras se realizará por criterios de calidad y coste-utilidad. Cada Unidad Clínica o Instituto deberá contar con una comisión técnica de asesoramiento de compras, con representantes de los facultativos, enfermería, gestión administrativa y de las áreas de gestión económica.

5.8. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Las Unidades de Gestión Clínica y los Institutos elaborará anualmente un plan de formación para cada una de sus categorías profesionales, que incluya cursos específicos vinculados a su actividad y apoyo para asistencia a congresos y seminarios. Los planes formativos anuales, deberán ser elaborados a partir de las propuestas realizadas por las unidades clínicas y los coordinadores de enfermería y gestión no clínica.

Uno de los miembros del equipo será designado para que, además de su labor asistencial, realice funciones de coordinación de las tareas de investigación y docencia, y trabajará estrechamente relacionado con quienes lleven esta labor en el hospital.

El presupuesto anual de la Unidad de Gestión Clínica y del Instituto preverá una asignación a actividades de formación e investigación.

5.9. RELACIONES DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA O DEL INSTITUTO CON EL HOSPITAL: CONTRATO DE GESTIÓN

Los dos modelos organizativos dispondrán de un contrato de gestión anual que se conformará como adendum al contrato de gestión del hospital.

La previsión de ingresos se establece mediante un presupuesto económico para financiar la actividad asistencial prevista para su colectivo de población.

En los acuerdos anuales de gestión, que la Unidad de Gestión Clínica o del Instituto establecerá con el hospital, figurarán los ingresos y gastos previstos a lo largo del año, vinculados a una actividad que también se estimará previo al comienzo del ejercicio.

El responsable de la Unidad de Gestión Clínica y el director del Instituto firmarán con el Director Gerente del hospital, el correspondiente Contrato de Gestión.

El Contrato de gestión estipulará objetivos generales y específicos de todos los ámbitos, si mismo se determinará anualmente el **grado de autonomía** con el que dota al Instituto o en su caso a la Unidad de Gestión Clínica.

En el contrato de Gestión se estipula:

1. Cartera de Servicios
2. Objetivos
3. Volumen de Actividad Asistencial
4. Nivel de Calidad
5. Financiación

El **acuerdo de gestión** deberá incluir, entre otros, los siguientes apartados:

- Cartera de servicios que incluya procesos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofertados por la Unidad de Gestión Clínica y sus respectivas tarifas.
- Objetivos de Unidad de Gestión Clínica o Instituto
- Volumen de la actividad asistencial prevista.
- Financiación: Presupuesto estimado, que incluirá:
 1. Previsión de ingresos por consignación presupuestaria, programas especiales y otras formas de financiación.

2. Previsión de gastos, basándose en las actividades señaladas en el párrafo anterior.

- ❑ Indicadores de calidad, tanto científico-técnicos, como de aumento de la satisfacción del paciente y la calidad percibida.

Previamente a la firma del contrato de gestión, se informará al Comité de Dirección del Instituto o Unidad de Gestión Clínica.

El contrato de Gestión debe tener un seguimiento por parte del Centro a través de la Comisión de seguimiento, coordinación y apoyo creada, y en última instancia por la Gerencia, con el fin entre otros de realizar una evaluación permanente, que permita tomar decisiones de cambio ante las desviaciones.