



universidad
de león

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2015-2016

GESTIÓN CLÍNICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Clinic management: a systematic review

Alumna: Ana Belén Delgado Díez

Tutores: Dra. Pilar Marqués Sánchez y Dra. Ana Belén Casares Marcos

En León, julio de 2016

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2015-2016

GESTIÓN CLÍNICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Clinic management: a systematic review

Alumna: Ana Belén Delgado Díez

Tutores: Dra. Pilar Marqués Sánchez y Dra. Ana Belén Casares Marcos

En León, a 7 de julio de 2016

Vº Bº TUTORAS



Dra. Pilar Marqués Sánchez



Dra. Ana Belén Casares Marcos

Vº Bº AUTORA



Ana Belén Delgado Díez

Tabla de contenido

RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
2. METODOLOGÍA.....	15
3. RESULTADOS.....	16
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES.....	35
6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	35
7. BIBLIOGRAFÍA.....	37
8. ANEXOS.....	42
ANEXO I. Tipos de organizaciones de gestión directa e indirecta en el SNS español, definición y ejemplos.....	42
ANEXO II. Proyecto de Investigación, Unidades de Gestión Clínica: posicionamiento de los trabajadores sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de León.....	44

RESUMEN

Introducción y justificación. Debido al problema de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud español, acentuado por la crisis económica global que se sufre desde 2008, se han planteado medidas de austeridad desde el Gobierno central y desde las Comunidades Autónomas. Por esto se introduce la Gestión Clínica en España, en la que los profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad y aumentar la efectividad, son los responsables de gestionar las distintas unidades asistenciales. **Objetivo.** El objetivo general de este trabajo es describir y analizar las contribuciones de la literatura reciente sobre la gestión clínica. Además se proponen dos objetivos específicos: analizar cómo afecta la implantación de la gestión clínica en los profesionales (clima laboral, satisfacción laboral, calidad de vida) y analizar la influencia de la implantación de la gestión clínica en los resultados (de salud en la población u organizativos). **Metodología.** Revisión sistemática de la bibliografía, utilizándose como referencia la declaración PRISMA. **Resultados.** En total se incluyeron 29 trabajos, los cuales se han dividido en 3 niveles: nivel I, trabajos teóricos; nivel II, trabajos empíricos que explican cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínicas a los profesionales; nivel III, estudios empíricos que indagan sobre cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínica en los resultados, ya sea en resultados en salud para los pacientes, o resultados organizativos. **Conclusiones.** Las principales conclusiones fueron que: I) es necesaria más investigación ya que no existen herramientas adecuadas para medir de forma válida, los resultados reales de la implementación de las nuevas formas de gestión; II) se mantiene un modelo organizativo tradicional en la mayoría de los centros, y se utiliza la gestión clínica como una forma neutra para transformar dichas organizaciones, responsabilizando de ello a los clínicos; III) teóricamente, la gestión clínica recoge los fundamentos del *buen gobierno* y de calidad asistencial, pero a veces en la práctica se relaciona con el ahorro y control del gasto; IV) la gestión clínica se ha mostrado como un modelo eficaz y eficiente; puede llegar a mejorar la satisfacción laboral y la calidad de vida de los trabajadores, favorece la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejora los resultados en salud de los pacientes.

Palabras clave

Gestión clínica; gestión sanitaria; unidades de gestión clínica; política de salud; sostenibilidad.

ABSTRACT

Introduction and justification. The sustainability of the Spanish National Health System has been a problem that has been accentuated by the global economic crisis since 2008. Thus, austerity measures have been proposed by the National Government and the Autonomous Communities. Therefore, Clinical Management in Spain is introduced, where health professionals, with the aim to improve the quality and increase effectiveness, are responsible for managing different care units. **Aim.** The main aim of this research is to describe and analyze the contributions of the recent literature on clinical management. In addition, two specific objectives are proposed: to analyze how the implementation of clinical management affects in health care professionals (work environment, job satisfaction, quality of life) and to analyze the influence of the implementation of clinical management in population health and organizational results. **Methodology.** Systematic review of the literature, using PRISMA declaration as a reference. **Results.** 29 studies have been included, which have been divided into three levels: level I, theoretical studies; level II, empirical studies that explore how the implementation of clinical management units affects in patients; level III, empirical studies that explore how the implementation of clinical management units affects in the results, whether in health outcomes for patients or organizational results. **Conclusions.** I) more research is needed as there are not adequate tools to measure validly, the real results of the implementation of new forms of management; II) a traditional organizational model is remained in most of the centers, and clinical management is used as a neutral way to transform these organizations, trying to responsabilize clinicians of this; III) theoretically, clinical management includes the fundamentals of good governance and quality of care, but sometimes in practice it is related to savings and expenditure control; IV) clinical management has proven to be an effective and efficient model; it can improve job satisfaction and quality of life in workers, promote the sustainability of the National Health System and improve health outcomes in patients.

Key words

Clinical governance; health care management; clinical management units; health policy; economic sustainability.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Durante años se lleva planteando un problema de sostenibilidad del sistema sanitario español, que se ha visto acentuado por la crisis económica global que se sufre desde 2008. La falta de sostenibilidad inicial del sistema sanitario se debe a cambios en las necesidades de salud de la población, a cambios sociales y demográficos, una población más demandante e informada (erróneamente o no) y avances tecnológicos (Repullo, 2014). Estos déficits se han ido solventando en la época de bonanza económica anterior, pero la crisis económica ha destapado la situación real.

El gobierno de España y de las Comunidades Autónomas (CCAA) han tomado medidas de austeridad para afrontar la crisis financiera, han elevado los impuestos y bajado el gasto público, por lo que el gasto sanitario también se ha visto reducido. Si las medidas de contención del gasto sanitario se dilatan en el tiempo, a medio-largo plazo se producirá una disminución de la calidad asistencial irreversible (Cequier y Ortega, 2015). El discurso político en relación al sistema sanitario ha cambiado, ha pasado de ser un buen sistema a un sistema financieramente insostenible (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán, y Oliva-Moreno 2014). El Real Decreto Ley 16/2012 supone una ruptura con los consensos políticos y sociales existentes hasta el momento (Repullo, 2014).

Para continuar con la política de reducción del gasto, y así sostener el sistema sanitario, se ha propuesto la implantación de la gestión clínica. La gestión clínica es una forma de gestionar las unidades asistenciales, depositando las responsabilidades y consecución de los objetivos en los propios profesionales de la salud (Torres y Mingo, 2015). Se puede concretar la definición de gestión clínica, analizando las palabras que la componen. Gestión es el encaje organizativo, es decir, coordinar, implicar y motivar a los profesionales para que desarrollen lo mejor posible su trabajo; y la clínica son las decisiones y actuaciones diagnóstica y terapéuticas (Ortún, 2003).

Tradicionalmente ha existido una falta de entendimiento, debido a la estructura jerárquica y a las políticas de ahorro, entre los gestores y los profesionales clínicos. La estructura organizativa sanitaria apenas ha cambiado (centralización, burocracia, falta de flexibilidad, etc.), sin embargo, la práctica clínica ha tenido una muy buena evolución, ya que se han desarrollado estudios, revisiones, guías y protocolos con una base científica para tomar decisiones clínicas costo-efectivas (Torres y Mingo, 2015). La efectividad dentro de la

gestión clínica, mide el grado máximo de consecución de los objetivos en función de los recursos y datos reales (Ortún, 2003).

Para comprender cómo se ha llegado al concepto de gestión clínica, hay que remontarse a las reformas sanitarias que surgieron en la década de los 80 en los países industrializados. Estas reformas aparecieron como consecuencia del desarrollo del estado del bienestar, la participación del Estado en la actividad económica, la recesión económica (crisis del petróleo de 1973) y la crisis de legitimidad del sistema sanitario. En las décadas de los años 60 y 70 se había aumentado el gasto sanitario por el desarrollo de políticas sociales, llevadas a cabo por gobiernos socialdemócratas, y por ser un periodo de bonanza económica (Ruiz, 2004). Se produjo una brecha entre la demanda de nuevos recursos y la necesidad de disminuir el gasto público, produciéndose una gran presión financiera. Además, existía insatisfacción de los pacientes (listas de espera, falta de coordinación asistencial, falta de sensibilidad, etc.) y de los profesionales (reclamaban mayor participación en la toma de decisiones) (Ortún y Meneu, 2006).

Con la llegada al gobierno de políticas conservadoras en Estados Unidos (EEUU) y Reino Unido (RU), se desarrollaron reformas sanitarias para disminuir el papel intervencionista del estado y para privatizar respectivamente, ya que para estos gobiernos el sector privado era más eficiente que el público. Las reformas de RU se extrapolaron a otros países europeos, incluido España.

En RU existían equipos de gestión multidisciplinarios que actuaban por consenso, donde los directivos eran administradores y la actividad sanitaria era la suma de decisiones clínicas individuales. A partir de 1982, se introdujeron indicadores de rendimiento, la figura de un gestor general y se desarrolló una política de incentivos y de mercado interno (Kirkpatrick, 2016). Para esto, se favoreció la autogestión y se disminuyó la intervención del Estado. Se pensaba que la competencia de mercado resolvería los problemas, pero no fue así. Por un lado, se elaboró un marco para asegurar la estabilidad del sistema (evitar bancarrota) y por otro, en el ámbito sanitario no es posible mejorar la eficiencia a través de la competencia, ya que en el ejercicio clínico no es posible que todos los grupos confluyan en un objetivo común (profesionales sanitarios son responsables clínicos directos). Para dar solución a esto, se delegó la autoridad en los gestores pero esto no da solución al problema, ya que estos son responsables financieros y los profesionales clínicos son los que determinan cómo se gasta el dinero con su ejercicio. A partir de 1991 se sustituyó el debate de mercado interno y competencia por el interés hacia la asistencia sanitaria (Ruiz, 2004).

En 1997 con el gobierno de los laboristas en RU, se cambia el principio de competencia por el de colaboración y se desarrolla el concepto de “gobierno clínico” poniendo en valor la calidad. Este concepto también se desarrolla en EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Canadá, poniéndose así de manifiesto que las reformas son tendencias sociales. A parte de la calidad, también se pretende desarrollar las prácticas basadas en la evidencia, corregir el mal uso de los recursos, integrar los diferentes niveles del sistema sanitario para reducir el gasto y mejorar la satisfacción de los usuarios. Se pretende desarrollar un sistema integrado logrando una mayor accesibilidad, colaborar con otras agencias, mejorar la eficiencia, crear un sistema de estándares y de auditoría, garantizar la calidad y mejorar la satisfacción de los pacientes (Varela et al., 2010).

Los pilares en los que se basa el gobierno clínico desarrollados por RU, y que servirán de base para gobiernos de otros países son la atención integrada al paciente (colaboración y no competencia), reducción de las desigualdades y la calidad. En una primera fase de esta reforma se crean instituciones para elaborar guías clínicas basadas en la evidencia, en la segunda fase se ponen en marcha la formación continuada y la autorregulación profesional y, por último, se crean organismos de evaluación interna y externa (Ruiz, 2004).

España, al igual que otros países, ha planteado y está planteando reformas similares para mejorar la calidad del sistema sanitario. A mediados de los años 90 se llevaron a cabo las primeras iniciativas que colocaban a la calidad en el centro de la gestión sanitaria. Cada CCAA ha elegido un modelo de acreditación propio (Galicia desarrolló un modelo por servicios especializados o áreas de atención, Cataluña se basó en el modelo European Foundation for Quality Management (EFQM) combinada con las normas ISO de calidad de procedimientos, País Vasco optó por el EFQM, otras, como Andalucía, desarrollaron su propio sistema, etc.), y la mayoría comenzó por la atención especializada. También se han elaborado encuestas de satisfacción de los pacientes (Suñol y Humet, 2002). En 2003 se aprueba la Ley de Cohesión y Calidad del SNS para articular el SNS tras la transferencia de competencia a las CCAA y para incorporar la calidad al SNS. La Agencia de Calidad del SNS, que depende del Ministerio, se encarga de elaborar y mantener la infraestructura de calidad creada con: normas de calidad y seguridad, indicadores para comparar calidad, guías de práctica clínica y asistencial, registro de buenas prácticas y registro de acontecimientos adversos. El Ministerio y las CCAA realizarán evaluaciones externas y periódicas de calidad y seguridad (Bohígas, 2003).

Siguiendo el ejemplo británico, se desarrollan planes integrales que “establecen y proponen modelos de actuación basados en las mejores pruebas disponibles en los ámbitos de la promoción, la prevención, el manejo clínico, la rehabilitación y la reinserción social, los sistemas de información y la investigación” (Ruiz, 2004). Los elaboran conjuntamente sociedades científicas, las CCAA junto con otros agentes sociales, llevándose a cabo una revisión continua de los mismos. Se establecen así criterios de coordinación. Se basan en servicios claros, adecuada prestación y evaluación de resultados, pretendiendo reducir las desigualdades, aumentar la calidad en la atención y la información. Para su elaboración, control y desarrollo se necesita voluntad política y colaboración de gerentes y clínicos cuyo fin es beneficiar a los usuarios. De esta manera se crea una forma de encuentro entre todos los actores implicados en la sanidad.

Durante la reforma sanitaria de los años 90 en España, también se introduce el concepto de gestión clínica. Los cambios que se habían producido hasta esta fecha, eran reformas estructurales (creación del SNS, descentralización en las CCAA, separación de financiación y compra, aparición de los contratos-programa) a través de diferentes leyes y normativas como la Ley General de Sanidad (LGS). Algunas de estas reformas (aparición de gerentes, de contratos de gestión, introducción de indicadores de gestión, etc.) dieron lugar a una mayor implicación de los profesionales sanitarios clínicos en la gestión (Sancho et al., 2001).

Con la introducción en el sistema sanitario español de los conceptos de gestión por procesos y calidad, dando lugar a una mayor participación en la gestión de los profesionales clínicos se abre un escenario a nuevos modelos de gestión, apareciendo la gestión clínica. De forma teórica sigue las bases de buena gestión y calidad, pero en la práctica se asocia a una forma de ahorro y control del gasto (Ruiz, 2004). A parte de mejorar la eficiencia del sistema sanitario español con una buena gestión como proponen estos nuevos modelos, también aportan una seguridad jurídica tras el traspaso de las competencias sanitarias a las CCAA, ya que esta situación da paso a una gran variedad de leyes y normativas. Así aparece la gestión directa y la gestión indirecta en el año 2001, cuando todas las CCAA tienen transferido el gobierno en materia de sanidad (Sancho et al., 2001).

En el modelo de gestión directa las administraciones públicas gestionan los servicios a través de entidades de titularidad pública bajo el derecho privado, mientras que en el modelo de gestión indirecta los servicios son gestionados por las administraciones mediante entidades privadas con o sin ánimo de lucro (Sánchez-Martínez et al., 2014). Dentro de cada

uno de estos modelos se dan diferentes tipos de organizaciones (ver Anexo I), destacando las Unidades de Gestión Clínica (UGC) e Institutos Clínicos en la modalidad de gestión directa y, las Colaboraciones Público-Privadas (CPP) y las Entidades de Base Asociativa (EBA) en la gestión indirecta.

En la Comunidad de Castilla y León, el modelo de gestión clínica que se pretende implementar son las UGC. Como se ha referido anteriormente, las UGC son una forma de gestión clínica directa, sin personalidad jurídica y con una elevada capacidad de autoorganización (Sánchez-Martínez et al., 2014). Puede ser un servicio clínico, una unidad funcional, un área de apoyo, o una unidad de cuidados, ser multidisciplinar o no (Sancho et al., 2001). Los profesionales tienen cierto nivel de autonomía de gestión, para facilitar una mayor responsabilidad en la gestión de recursos con el objetivo de conseguir una atención sanitaria integral y de mejorar la calidad asistencial (Villarías, A. L., Díaz, C. A., Prieto, M., Suárez, R., Mola, P., y Navia, J. M., 2011). A parte de Castilla y León, otras CCAA están interesadas en el desarrollo de las UGC, habiendo elaborado cada una de ellas su propio marco legislativo (ver Tabla 1).

	 Andalucía	 Asturias	 Castilla y León	 Galicia	 País Vasco
Nombramiento de la UGC	Por libre designación del Servicio de Salud	Por libre designación del Servicio de Salud	Por libre designación del Servicio de Salud	Por libre designación del Servicio de Salud	Por libre designación del Servicio de Salud
Evaluación de los objetivos	Se realizará anualmente	Se realizará anualmente a través de sistemas de información normalizados	Se realizará anualmente y podrán alcanzarse tres niveles de autonomía	No establece ningún procedimiento	Se realizará anualmente
Integración de los profesionales en la UGC	Es obligatoria	Los propios profesionales pueden integrarse de forma voluntaria	La gerencia del servicio de salud determinará su constitución	Los propios profesionales pueden integrarse de forma voluntaria	La gerencia del servicio de salud determinará su constitución

Relación laboral de los profesionales	Concibe la UGC solo para el personal estatutario	No contempla este aspecto	Garantiza que el personal estatutario mantendrá esta condición	Garantiza que el personal estatutario mantendrá esta condición	No contempla este aspecto
Incentivos económicos	Van ligado al complement o variable de los profesionales	Establece que los incentivos se incluirán en el acuerdo de gestión de cada UGC	Contempla incentivos en materia de docencia, formación y mejora de la dotación de recursos	No incluye ningún apartado específico	No incluye ningún apartado específico

Tabla 1. Características de las experiencias autonómicas en unidades de gestión clínica. Elaboración propia a partir de: (Decreto 19, 2007; Decreto 66, 2009; Decreto 57, 2014; Decreto 36, 2014; Acuerdo de 23 de mayo, 2012).

En el RD 57/2014 de 4 diciembre, a través del cual se regula la constitución y funcionamiento de las UGC en el Servicio de Salud de Castilla y León, cabe destacar el Artículo 9 titulado La Dirección de la Unidad de Gestión Clínica. Dicho artículo refiere que, en cada UGC existirá un Director/a que no modificará sus funciones asistenciales y que será designado por el Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Este puesto deberá recaer en el ámbito de la Atención Primaria (AP) a un profesional sanitario con categoría de licenciado o equivalente especialista, y en el ámbito de la Atención Especializada (AE) a un profesional sanitario que disponga del nombramiento de Jefe de Servicio, de Sección o responsable de Unidad (Decreto 57, 2014). Por lo que tan solo podrían acceder a este puesto profesionales médicos, salvo en los ámbitos asistenciales en los que no participen, en los que sería Director/a un/a enfermero/a. En el RD 9/2011 de 19 de agosto, queda reflejado que todo graduado universitario es facultativo, así que el/la enfermero/a también. Por lo que, la gestión de las unidades debería ser llevada a cabo por el profesional más preparado para ello, sin ser condición exclusiva ser médico (CGEE, 2016).

Por otra parte, en el informe del Proyecto Amphos (programa plurianual para el análisis y mejora de procesos hospitalarios) del 2013, se trata el tema de la Gestión Clínica poniendo la atención en la transformación de la organización hospitalaria hacia un esquema

empresarial, transparente y orientado a resultados. Para ello se contó con un grupo de Gerentes, Directores Médicos y Jefes de Servicio de diferentes especialidades y hospitales. Se recoge su visión y reflexiones sobre cómo avanzar en la implantación de Unidades de Gestión Clínica (UGC), para lo cual se ha contado con el apoyo metodológico y de coordinación de un equipo de profesionales del Centro de Investigación en Innovación Sanitaria (CRHIM) del IESE Business School (Instituto de estudios superiores de la empresa) de la Universidad de Navarra (IESE, 2013).

Dentro del Informe Amphos (2013) cabe destacar, las dificultades detectadas que retrasan la implantación de las UGC. Se identificaron 15 barreras que se clasificaron según su naturaleza en: políticas, económicas, legales, tecnológicas y humanas o culturales (ver Tabla 2).

BARRERAS	
Políticas	1. Apoyo institucional: falta de voluntad política para impulsar modelos de gestión que signifiquen la descentralización y la autonomía.
	2. Tendencia a la centralización: gestión directiva orientada al control, a la producción de normas y regulaciones y a la concentración de actividades y recursos.
Económicas	3. Resultados a corto plazo: las UGC generan resultados a largo plazo.
	4. Presupuesto insuficiente: aumento de demanda asistencial y escasez de recursos.
	5. Economías de escala: UGC con una masa crítica mínima.
	6. Inversión en innovación: falta de presupuestos para innovación y mejoras.
Legales	7. Marco normativo: leyes que dificultan el cambio organizativo y falta de leyes que regulen las UGC.
	8. Marco laboral: normativas que limitan las políticas de RRHH que necesitan las UGC.
Tecnológicas	9. Evidencia sobre resultados: falta de resultados objetivos y fiables que evidencien los beneficios de las UGC.
	10. Sistemas de información: falta de cobertura de los sistemas y tecnologías de la información.

Humanas/culturales	11. Confianza del gestor: falta de aceptación del equipo directivo en delegar responsabilidades y riesgos.
	12. Cultura de innovación: el entorno no fomenta el cambio ni la búsqueda de excelencia.
	13. Implicación de los colectivos: dificultad para conseguir trabajo en equipo de los diferentes profesionales.
	14. Interés de los clínicos: falta para asumir riesgos y corresponsabilidad.
	15. Competencias de liderazgo: falta de preparación de los futuros líderes de las UGC.

Tabla 2. Barreras al desarrollo e implantación de UGC según los expertos participantes en el informe AMPHOS. Elaboración propia basada en IESE (2013).

A su vez, se clasificaron estas barreras según su importancia (ver Figura 1). Los participantes puntuaron cada una de las barreras en comparación con las demás y pensando en su hospital. Las barreras más importantes resultaron ser las de naturaleza legal, política y humana, en este orden. El marco laboral fue la barrera valorada como más importante, después el apoyo institucional seguido del marco normativo. El interés de los clínicos, evidencia de resultados, inversión e innovación y economías de escala fueron las consideradas menos importantes por los expertos (IESE, 2013).

Llama la atención que los expertos que participaron en el desarrollo del informe con experiencia en UGC, en general, dieron una puntuación de dificultad inferior. Así que parece ser, que las personas que no han tenido experiencia con este modelo de gestión sanitaria ven más problemas que los que sí han participado en uno de ellos (IESE, 2013).

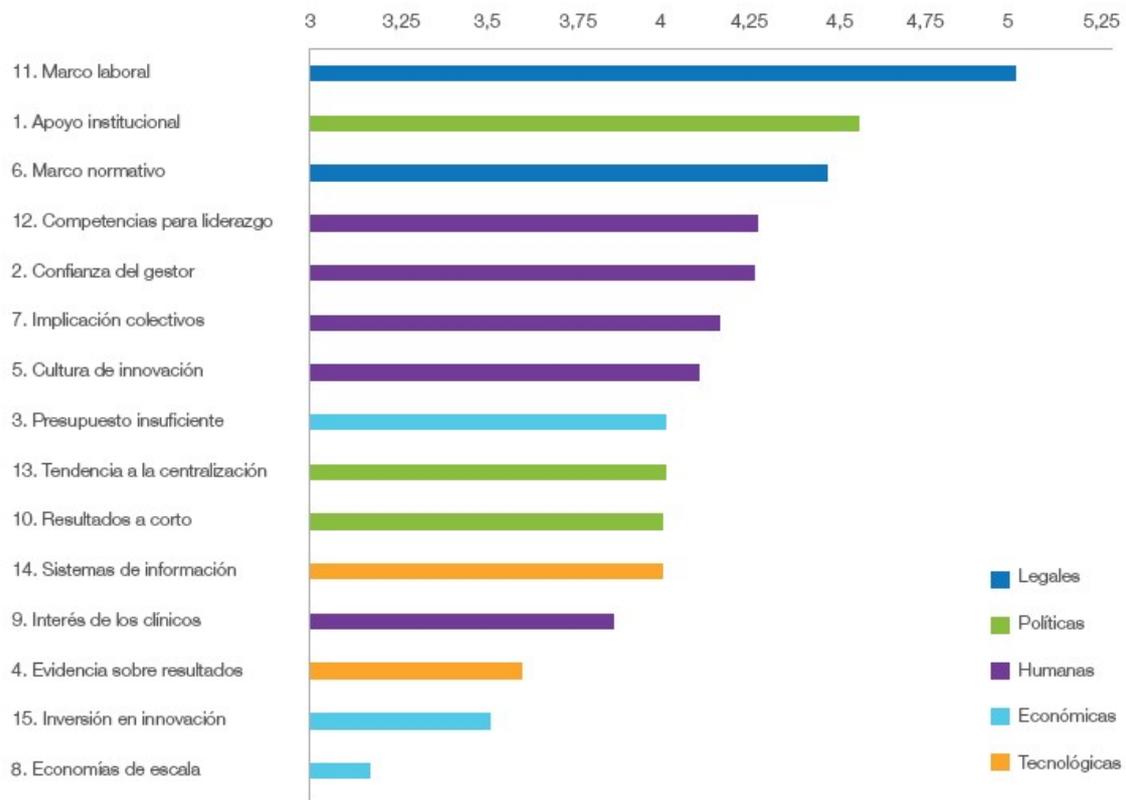


Figura 1. Orden de importancia de las barreras según la valoración de los expertos participantes en el Informe AMPHOS (IESE, 2013).

Teniendo en cuenta todos los razonamientos anteriores, se concluye este apartado de introducción proponiendo los **objetivos** de este trabajo fin de máster. El **objetivo general** que se ha marcado para este trabajo es describir y analizar las contribuciones de la literatura reciente sobre la gestión clínica. Asimismo se proponen los **objetivos específicos**:

1. Analizar cómo afecta la implantación de la gestión clínica en los profesionales (clima laboral, satisfacción laboral, calidad de vida).
2. Analizar la influencia de la implantación de la gestión clínica en los resultados, ya sea en los resultados de salud en la población, o en los resultados organizativos.

2. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una **revisión sistemática** de la bibliografía partiendo de los objetivos marcados. Para la realización de esta revisión se ha tenido como referencia la declaración PRISMA, que incorpora varios aspectos conceptuales y metodológicos novedosos relacionados con la metodología de las revisiones sistemáticas que han emergido en los últimos años, periodo en el que ha habido una importante producción de revisiones y de investigación sobre éstas (Urrutia y Bunfill, 2013).

Para la búsqueda, se utilizaron varios descriptores en ciencias de la salud (DeCs) y términos MeSH (Medical Subject Heading) combinados con diferentes operadores booleanos (AND, OR, NEAR) adecuados al objeto de la búsqueda. Las palabras clave seleccionadas fueron: “efectividad” (“effectiveness”), “eficacia” (“efficacy”), “gestión clínica” (“clinical governance”), “gestión sanitaria” (“health care management”), “política de salud” (“health policy”) y “unidades de gestión clínica” (“clinical management units”).

Para la búsqueda bibliográfica se utilizaron las bases de datos Web of Science (WOS) y SCOPUS, así como las plataformas Science Direct, Emerald, SpringerLink y Wiley Online Library. Además, se realizó una búsqueda exhaustiva en las revistas afines al tema objeto de búsqueda: *Academy of Management Journal*, *Academy of Management Review*, *British Journal of Clinical Governance* y *Organizational Dynamics*. También se buscó literatura gris en libros de resúmenes de congresos, sitios web y referencias cruzadas.

Los **criterios de inclusión** usados en la selección y evaluación de los documentos fueron los siguientes: debían ser trabajos bien publicados como artículos de revistas científicas, bien presentados en Congresos y Jornadas (literatura gris). Además, los trabajos debían estar publicados en el periodo de tiempo incluido entre 2011 y 2016 (se eligió el 2011 por decisión propia, intentando recoger los estudios más actuales), escritos en inglés o en castellano, puesto que son las dos lenguas con mayor producción científica y tenían que estar disponibles a texto completo.

A continuación se recoge una **descripción general del proceso** de revisión sistemática adoptada para la realización de este trabajo fin de máster: en primer lugar se llevó a cabo una selección de las palabras clave anteriormente citadas. Posteriormente se optó por las bases de datos WOS y SCOPUS, así como las plataformas Science Direct, Emerald, SpringerLink y Wiley Online Library, que fueron consideradas apropiadas para

esta revisión. Se continuó con una primera selección de artículos, para ello se redujeron los resultados de la búsqueda mediante la lectura y análisis de los títulos de los artículos pertinentes y con relevancia en el campo de estudio. A partir de ahí, se llevó a cabo la lectura de los resúmenes y con ella, una nueva reducción de los artículos seleccionables. Además, se realiza una búsqueda manual en revistas afines al tema: *Academy of Management Journal*, *Academy of Management Review*, *British Journal of Clinical Governance* y *Organizational Dynamics*. Por último se llevó a cabo un análisis de los artículos procediendo a una lectura crítica de los mismos.

3. RESULTADOS

La estrategia de búsqueda y el proceso de selección para identificar los artículos científicos llevada a cabo, se recoge en el diagrama de flujo en la Figura 1. En total se incluyeron **29** trabajos, los cuales se han dividido en 3 niveles: nivel I, nivel II y nivel III.

Los estudios de nivel I son trabajos teóricos que cumplían los criterios de inclusión; se han seleccionado **trece** estudios en este nivel. Por otra parte se obtuvieron **ocho** estudios como integrantes del nivel II, cuyos trabajos eran empíricos y explican cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínicas a los profesionales (principalmente a su calidad de vida). Por último se hallaron **ocho** estudios empíricos que indagan sobre cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínica en los resultados, ya sea en resultados en salud para los pacientes, o resultados organizativos.

Los estudios de nivel I son trabajos teóricos que cumplían los criterios de inclusión; se han seleccionado **trece** estudios en este nivel. Por otra parte se obtuvieron **ocho** estudios como integrantes del nivel II, cuyos trabajos eran empíricos y explican cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínicas a los profesionales (principalmente a su calidad de vida). Por último se hallaron **ocho** estudios empíricos que indagan sobre cómo afecta la implantación de las unidades de gestión clínica en los resultados, ya sea en resultados en salud para los pacientes, o resultados organizativos.

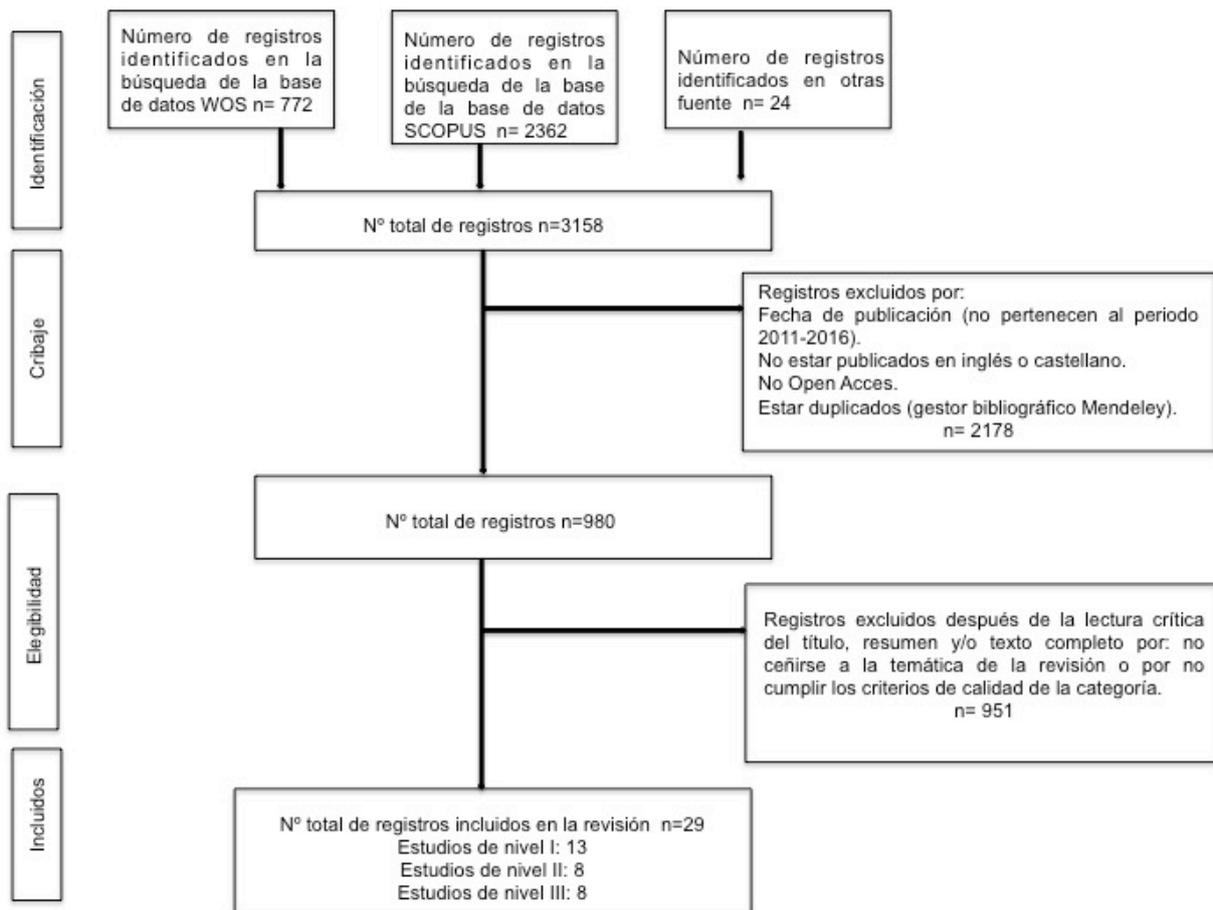


Figura 2. Diagrama de flujo de las diferentes fases de la revisión bibliográfica según la declaración PRISMA. Elaboración propia.

a) Estudios de nivel I: en este nivel, se recogen trece trabajos publicados de forma teórica, ya sea mediante revisiones bibliográficas y/o editoriales de prestigiosos autores.

Travaglia et al., publican una revisión sobre los principales conceptos implicados en la gestión clínica titulado *Clinical governance: a review of key concepts in the literature* (2011). Los autores hicieron una aproximación al concepto de gestión clínica desde un punto de vista internacional obteniendo un total de 2000 publicaciones que hacían mención directa sobre la gestión clínica entre los años 1998 y 2008. En este trabajo se analiza el desarrollo del concepto gestión clínica desde finales del siglo XX hasta la actualidad, incidiendo en cómo ha ido cambiando el significado del término desde que comenzó a utilizarse en Reino Unido.

En 2011, en plena crisis económica sin precedentes desde la gran depresión de 1929, el autor del siguiente trabajo analizado, Manuel Ferrán, analiza la realidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, que era hasta hace poco considerado uno de los más eficientes del mundo, ahora es cuestionado y calificado de insostenible y caro. El autor propuso llevar a cabo una revisión de “qué hacemos, de quién lo hace y de cómo lo hace”. Así indicó que una Atención Primaria fuerte y con una autogestión, en la que trabajen profesionales motivados en obtener excelentes resultados clínicos. Afirmando que “ante la crisis imperante, son imprescindibles nuevas formas de gestión para preservar un modelo con excelentes resultados sin incrementar los costes” (Ferrán, 2011).

Se publica en Gaceta Sanitaria un análisis sobre el Informe SESPAS ((Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) de 2012 haciendo hincapié en la necesidad de un nuevo modelo de gestión en AP. Su autor, Albert Ledesma analizó los aspectos más relevantes de la autonomía de gestión y de la autogestión, de sus marcos conceptuales, de sus diferencias y de sus ventajas e inconvenientes. Reflejó en su trabajo que los profesionales de AP precisan de la máxima autonomía de gestión para desarrollar su profesión de forma eficiente y satisfactoria, afirmando que los profesionales que asumen un riesgo jurídico y económico están más implicados y satisfechos prestando sus servicios. Más aún, afirma que la capacidad para vertebrar equipos de trabajo contratando a los profesionales, es una competencia que debe residir en el propio equipo. Concluye diciendo que es adecuado mantener los diversos modelos de gestión, promoviendo la máxima autonomía por parte de los profesionales, ya que estimula la competencia.

A continuación se resume y analiza el artículo *La sanidad en Andalucía: las Unidades de gestión Clínica desde la óptica enfermera*, publicado en 2012 y cuyas autoras hacen en primer lugar un análisis de la legislación referente a la gestión sanitaria. Las UGC están basadas en la asistencia multidisciplinar, corresponsable y en la autonomía en la toma de decisiones que impliquen el desarrollo de las políticas sanitarias establecidas. Este modelo de gestión, según la autoras “ha ido tomando un peso creciente en el SAS (Servicio Andaluz de Salud), impulsando que se incremente de manera significativa el número de UGC, en el ámbito de AP y de AE y, paralelamente, un aumento de los profesionales del SAS adscritos a los mismos” (Rodríguez y Rueda, 2012). Destacaron las autoras, tres ventajas de las muchas que según las mismas tiene el modelo de UGC: priorizar la atención personalizada y el trato humano, permitiendo determinar los beneficios en salud de la población, en términos de coste-beneficio. Posibilita la optimización de recursos y el control de costes

mediante el uso racional y consensuado de los recursos existentes. Respecto a los profesionales, las UGC permiten la autonomía en la relación profesional-paciente, contribuye al desarrollo de la carrera profesional, a la estandarización de los cuidados y a la implementación de guías de práctica clínica que permiten establecer estrategias de *benchmarking* entre centros, unidades y profesionales en términos de coste-efectividad.

Corbella publica un Editorial en 2014 en que, en el contexto de crisis económica, expone cómo los pacientes, los profesionales, los gestores y los políticos deben afrontar el reto de ponerse, comprensivamente, unos en el lugar del otro. Incidió en que la gestión clínica está concebida para conseguir una mayor implicación de los clínicos en la gestión con el objetivo de conseguir un sistema de salud más coste-efectivo. Indicó el autor que “la gestión clínica sigue siendo una oportunidad y no una amenaza, para la mejora de los procesos sanitarios, pues permite a unos y a otros ser parte de la solución y no del problema” (Corbella, 2014). Ensalzó el autor el modelo organizativo hospitalario basado en centros o institutos con autonomía de gestión, así como las “entidades de base asociativa”, destacando el Hospital Clínic de Barcelona como referente en la implementación de la gestión clínica. Su modelo se basa en tres pilares básicos: establecimiento de un número limitado de unidades organizativas (institutos), que agrupan servicios desde la perspectiva del paciente. Identificación de los líderes clínicos a cargo de estos institutos y su ubicación en los órganos de dirección del hospital (comité ejecutivo). Dotación de herramientas de gestión como disponer de un plan de empresa y un contrato anual de gestión propios. El autor critica que bajo el término UGC se ha buscado “desafortunadamente” el poder vehiculizar importantes medidas coyunturales de ajuste presupuestario o el simple cambio de jefatura jerárquica de un servicio.

Gaceta Sanitaria publicó en 2014 un análisis del Informe SESPAS 2014, en él analizó cómo la privatización de la gestión sanitaria fue un efecto secundario de la crisis, y un síntoma de mal gobierno. Para ello, los autores comenzaron su trabajo distinguiendo de una forma precisa entre privatización formal, funcional y material. Añadieron como una innovación reciente en las formas organizativas la gestión clínica, resaltando dos (únicos) estudios en los que tanto los ciudadanos como los profesionales opinaban que el modelo de UGC es eficaz y eficiente. Concluyen su artículo afirmando que “entender que la calidad del gobierno afecta a las políticas de salud, a la gestión de las organizaciones sanitarias y a la propia práctica clínica es el requisito, quizás no suficiente, pero sin duda imprescindible,

para avanzar en políticas que favorezcan la solvencia del sistema” (Sánchez-Martínez et al., 2014).

El siguiente artículo a analizar fue publicado en *Enfermería Clínica* en 2014 y trató sobre la gestión clínica y el conocimiento enfermero en su proceso de cambio. Haciendo alusión, también, a la crisis actual, la autora destaca la necesidad de rediseñar las organizaciones asistenciales en busca de un cuidado de salud coste-eficaz y de un sistema sanitario sostenible. Definió para ello, cuatro elementos de gestión clínica enfermera que resultan esenciales para el cambio: estrategia y visión para identificar el marco de acción y los objetivos a perseguir. Cultura organizativa que incorpore valores. Trabajo colaborativo entre diferentes grupos profesionales y niveles asistenciales, para que las enfermeras junto con los médicos colaboren en el diseño y reorganización de los sistemas de salud, donde las enfermeras deben participar activamente en todos los órganos de tomas de decisiones. Liderazgo que supone de disciplina, responsabilidad, cuidado, espíritu crítico y perseverancia. Concluyó su artículo sentenciando que “cualquier planteamiento de nuevos modelos asistenciales que no implique a las enfermeras en la gestión del cambio carece de futuro” (Zabalegui, 2014).

La gestión clínica en tiempos difíciles es el título del siguiente trabajo analizado. En esta editorial, sus autores hicieron en primer lugar un recordatorio del origen del concepto Gestión Clínica, el cual se originó a partir del concepto de *clinical government* introducido por primera vez en 1998 por el *Department of Health* del Reino Unido, donde este término se relaciona con *la responsabilidad, la calidad, el establecimiento de guías y estándares* en la práctica clínica. En cambio en nuestro país la Gestión Clínica se liga desde sus inicios a los problemas financieros de nuestro sistema sanitario y supone, en síntesis “transmitir al médico, además de la responsabilidad sobre la asistencia que presta, la responsabilidad sobre la eficiencia de los recursos que utiliza” (Soria-Aledo y Colina, 2015). Añadieron los autores que, los profesionales que participan en las Unidades de Gestión además de voluntariedad tienen que tener información, conocimiento y opinión sobre el plan de gestión de la unidad. Indicaron que la propuesta de creación de UGC debe partir siempre de los profesionales, y en ningún caso debe ser impuesto desde la Administración.

A continuación se pasa a resumir y analizar el artículo *Modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica e institutos de gestión*, en el que sus autores presentan un modelo teórico para orientar las organizaciones hacia las “excelencias” de la gestión clínica, con un modelo centrado en el cliente externo, con el fin de responder mejor a

sus necesidades. Buscan los autores un “cambio total” en las organizaciones, basado en dos aspectos fundamentales: la democratización de las unidades asistenciales que implica el fin de la jerarquización, donde “los profesionales se responsabilizan no solo del valor ó eficacia, sino también de la sostenibilidad ó resultados económicos” (Moreu y Vilana, 2015). El otro aspecto fundamental es el cambio total en el organigrama, buscando el organigrama invertido en el que la verdadera participación que se va a ofertar es la que realmente demandan los profesionales, a quienes se ha de dar (*empowerment*) toda la libertad en las decisiones sobre los aspectos que afecten a su trabajo diario. El nuevo modelo implica que las UGC se han de preocupar “exclusivamente de hacer gestión clínica. Para ello, los servicios de apoyo (recursos humano, etc.) se han de convertir en empresas al servicio de estas unidades asistenciales que, en última instancia son las que facturan”.

Publicado en 2015, el Editorial *Niveles de gestión clínica*, analiza de nuevo el modelo de UGC en el contexto actual de restricciones presupuestarias, que conduce al sistema sanitario español a un escenario de marcada vulnerabilidad. El interés que plantea este trabajo es la perfecta clasificación que llevan a cabo los autores de los niveles progresivos en que puede realizarse la gestión clínica. Existen para los autores cuatro niveles: el nivel I denominado Gestión médica, tiene el objetivo orientado a las necesidades de los pacientes y los profesionales médicos y a la actualización de conocimientos, aplicándolo solo en el personal médico. En el nivel II, el objetivo es la valoración por rendimiento y resultados, tanto clínicos como económicos y su aplicación recae en el personal médico y de enfermería. Respecto al nivel III, la multiespecialidad e interdisciplinidad son sus objetivos, basándose en procesos y en la administración de presupuestos, siendo aplicable a todo el personal (médico, enfermería, de apoyo, etc.). Finalmente el nivel IV, tiene como objetivo la gestión de toda la unidad, gestionando económicamente el presupuesto, adquiriendo riesgo financiero, y llevando a cabo una política de recursos humanos integral y propia. Este nivel IV se aplicaría a todo el personal. Mencionan también los autores que, el objetivo último de la gestión clínica es “integrar la toma de decisiones sobre determinados procesos asistenciales, incorporar la utilización de recursos e incrementar el control de la calidad de los servicios hospitalarios” (Cequier y Ortiga, 2015).

Torres y Mingo analizan las bases fundamentales y la organización de la gestión clínica en su trabajo publicado en 2015. Aportaron una definición de gestión clínica como “una forma de organizar las unidades asistenciales, basada en la participación activa y responsable de los profesionales en la consecución de objetivos, con la misión de asegurar

una correcta atención centrada en los pacientes (*Patient Focused Care*), teniendo en cuenta el necesario control del uso de los recursos” (Torres y Mingo, 2015). Añadieron además, unos interesantes requisitos básicos para la puesta en marcha de proyectos de gestión clínica, entre los que estaría (entre otros) la existencia de una cultura de gestión y evaluación dentro del hospital; una descentralización efectiva de las tomas de decisiones que afectan al servicio, dotando de autonomía de gestión, con exigencia de responsabilidad, autoevaluación y proceso de mejora continua; cultura de participación, implicación y comunicación interna dentro de las unidades implicadas; gestión de costes que permita el consumo de recursos de la unidad clínica, para cada una de las actividades del proceso. Además, los autores indican que “la gestión clínica como herramienta sitúa su aplicabilidad en la microgestión, pudiendo transferir un nivel de responsabilidad adaptado a las características de cada centro y unidad. No se debe utilizar para dar respuesta a actuaciones que corresponden al nivel gerencial (mesogestión) o a la Administración (macrogestión)” (Torres y Mingo, 2015).

Medicine and management in European hospitals: a comparative overview es el título de un editorial, en el que sus autores, se basan en un estudio llevado a cabo entre 2009 y 2013 en el que se analiza la relación cambiante entre la medicina y la gestión en el contexto europeo. En dicho trabajo, llevado a cabo por académicos de diferentes disciplinas centradas en la evolución de la gestión de las organizaciones sanitarias, se aporta el concepto de “líder clínico híbrido” (Kirkpatrick, 2016). Además, este trabajo incluye en sus conclusiones la necesidad de investigar más en este campo, centrándose en las dimensiones comparativas del cambio.

Recientemente, se ha publicado un artículo que analiza las diferentes formas de gestión en el servicio de salud público italiano. En su introducción hace referencia a que “hay pruebas de que la gestión clínica es beneficiosa para las organizaciones de salud, aunque los críticos argumentan que no ha dado los resultados esperados y que existen luces y sombras sobre el papel de los médicos como administradores” (Lega y Sartrana, 2016), ya que muchos médicos tomaron las funciones de gestión de mala gana, y pocos lo vieron como una oportunidad para desarrollar sus funciones profesionales. En Italia, desde 1992 con la Reforma de la Gestión, los jefes de servicio pasaron a denominarse directores clínicos, asumiendo responsabilidades sobre los presupuestos y en la toma de decisiones estratégicas. En los últimos años, además, se han añadido a esas funciones, otras nuevas como la gestión de los recursos humanos.

b) Estudios de nivel II: se han seleccionado ocho artículos empíricos que explican de qué manera ha afectado la implantación de la gestión clínica a los profesionales. Se pasa a analizar y resumir cada uno de ellos.

Alonso et al. (2011), llevaron a cabo un trabajo de investigación cuyo objetivo era comparar el clima emocional, la calidad de la comunicación, la valoración de los responsables y compañeros y los indicadores de resultados de una UGC frente a dos servicios de gestión tradicional. Idearon un cuestionario *ad hoc* (validado previamente) compuesto por 94 preguntas y participaron 83 profesionales sanitarios. La UGC obtuvo mejores resultados en todas las dimensiones del cuestionario (clima, valoración de los responsables, valoración de la dirección y relación con los compañeros). Además, la UGC registró menos bajas laborales y mejores resultados en el cumplimiento de objetivos, mayor porcentaje de comentarios de trato positivo e información a los pacientes hospitalizados, menos exceso de gasto. Se pueden citar como limitaciones del estudio el reducido número de profesionales que participaron. Hay que tener en cuenta también que la tasa de respuesta es diferente entre los equipos con GC y los de gestión tradicional, lo que puede suponer un sesgo.

El siguiente trabajo a analizar (Tamborero et al., 2011) tenía como objetivo describir la importancia atribuida por los coordinadores de los centros de salud a la autonomía clínica y de gestión, así como su capacidad de decisión y sus expectativas sobre la factibilidad de implantar un proyecto de autogestión. Para sustentar esta investigación y alcanzar estos objetivos llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario *ad hoc* que fue contestado por todos los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. Los datos obtenidos aportaron una información trascendente sobre la importancia otorgada a los diferentes componentes de la autogestión e indicaron la percepción de una muy limitada capacidad de gestión, aversión al riesgo, escasa disposición a liderar proyectos de autogestión y poca confianza en el liderazgo de las instituciones sanitarias. Las principales limitaciones del estudio son que 42 encuestados es un número relativamente escaso y que puede estar sujeto a posibles sesgos derivados del hecho de basarse en la autodeclaración de dichos coordinadores (y por tanto, en una apreciación subjetiva).

A continuación se pasa a analizar el artículo titulado *Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en las Unidades de Gestión Clínica* (Martínez et. al, 2013). En este trabajo se utilizó un diseño observacional, descriptivo y transversal para conocer el nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería con el modelo de gestión clínica.

Utilizaron para ello el cuestionario validado Font Roja al que se añadió una décima dimensión e la que se efectuaron dos ítems específicos acerca de las UGC. Los resultados obtenidos indicaron que los profesionales de enfermería de las UGC presentan un nivel de satisfacción media global por encima de la media, lo cual supuso un excelente indicador, ya que, la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería tiene una ponderación muy importante para determinar el éxito y/o fracaso de los objetivos acordados en las Unidades de Gestión.

En 2013, Díaz et al., publicaron un artículo sobre el estudio que habían realizado analizando la calidad de vida de los profesionales sanitarios en el modelo de gestión clínica de Asturias. Para ello se aplicó el cuestionario CVP-35 (35 preguntas). Recogieron 1395 cuestionarios entre Atención Primaria y Atención Especializada. Respecto a la Gestión Clínica, se obtuvieron los mejores datos referentes a calidad de vida en trabajadores que llevaban en GC 3 años, siendo los peores datos en trabajadores de GC en su primer año), por lo que, llevar más tiempo en el modelo de GC se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, sobre todo en atención especializada.

Se pasa a continuación a resumir y analizar uno de los dos trabajos llevados a cabo en el extranjero recogidos en el nivel II de esta revisión. Se trata del trabajo titulado *Implementing Hospital Self-Management Policy in Chile: Health Professionals' Perceptions*, donde los autores (Méndez et. al, 2014) describieron las percepciones de los profesionales de la salud sobre la implementación de la autogestión en dos hospitales de Chile. Para ello utilizaron un diseño cualitativo descriptivo y exploratorio basado en entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud. La muestra fue seleccionada por conveniencia y se compuso de diecinueve profesionales (el 63% de la muestra eran enfermeras). Se trata del único estudio cualitativo de este nivel, y obtuvo como conclusiones el que superar las brechas entre el diseño y la implementación era crucial para avanzar en la implementación de nuevos sistemas de gestión en los hospitales.

Tamborero et al., profundizan en el estudio sobre el tema con su nuevo trabajo en 2015 sobre el posicionamiento de los profesionales de Mallorca sobre la autonomía de gestión en la Atención Primaria. A diferencia de su estudio de 2011 donde focalizaron su atención en los directivos, en este trabajo buscaron la opinión de los trabajadores sanitarios asistenciales de Atención Primaria, valorando sus conocimientos, percepciones, expectativas y actitudes de dichos profesionales. Se trató de un estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario *ad hoc*, anónimo y distribuido de forma online;

obtuvieron una tasa de respuesta del 49,8% participando finalmente en el estudio 546 profesionales. Entre los abundantes resultados se destaca que, según los profesionales asistenciales, las competencias más importantes de un centro de AP con autonomía de gestión eran la capacidad de organización del centro y la de selección del personal. Más aún, los principales requisitos de estos centros para implementar la autogestión eran disponer de directores capacitados y contar con sistemas de asignación presupuestaria y contratos de gestión adecuados. Un porcentaje pequeño de los profesionales (10,9%) mostraron un nivel de conocimientos sobre autogestión altos, prefiriendo que los centros con autonomía de gestión dependieran de la Administración. Finalmente un 56,9% de los encuestados tendrían interés en incorporarse a este tipo de centros, pero sin asumir excesivos compromisos (renuncia al régimen estatutario, riesgo económico).

Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctor in 2010 and 2012 es el título del estudio publicado en 2014 y en el cual sus autores Gauld y Horsburgh (2014), trataron de explicar cómo la gestión clínica se convirtió en un componente esencial de las políticas de salud y de la gestión de los servicios sanitarios. Sin embargo las herramientas para medir su desarrollo son limitadas, por lo que los autores crearon un Índice de Desarrollo de la Gestión Clínica (Clinical Governance Development Index CGDI), con el objetivo de medir el nivel de ejecución de la política de salud del gobierno. Desarrollaron un cuestionario (con seis preguntas) para médicos adjuntos de hospitales públicos, que se distribuyó en 2010 y posteriormente en 2012. Como resultados obtuvieron una mejora en la adhesión a la gestión clínica de un 46% en 2010 a un 54% en 2012 y concluyeron que su índice CGDI era un método simple y efectivo para explorar los aspectos de compromiso de las organizaciones para con la gestión clínica, la participación en el diseño de la organización informante, mejora de la calidad y trabajo en equipo. Los autores afirman que dicho índice podría ser adaptado para su uso en otros sistemas de salud.

En 2015, se publicó en el *British Medical Journal* un estudio cualitativo en el que se investigó sobre la percepción de los profesionales de la salud, de la implementación de la gestión clínica en Nueva Zelanda (n=3205). El trabajo consistió en un estudio a nivel nacional, llevado a cabo en 2012, vía email y donde el 40% de las respuestas fueron proporcionadas por enfermeras tanto de Atención Primaria como de atención especializada (frente al 20% de respuestas médicas, lo cual puede suponer un sesgo para el estudio). Se encontraron cinco temas claves que ilustraron los obstáculos para la aplicación de la gestión

clínica en Nueva Zelanda: la intensificación de los médicos en las actividades de gestión y de liderazgo clínico; las relaciones interprofesionales; la necesidad de formación en las materias de gestión y liderazgo; por último destacaron como obstáculo el no tener tiempo suficiente para participar. Sus autores, Gauld y Horsburgh (2015) concluyeron diciendo que, los resultados de su estudio, destacan las áreas clave que los políticos de Nueva Zelanda deben tener en cuenta para implementar la gestión clínica en sus centros sanitarios, haciendo hincapié en cómo pasar de una gestión jerárquica a una basada en las asociaciones de profesionales de la salud y al mismo tiempo la creación de mecanismos para construir el compromiso interprofesional con este nuevo modelo.

c) Estudios de nivel III: ocho han sido los estudios empíricos incluidos sobre cómo ha afectado la implantación de las UGC en los resultados de salud en pacientes o en resultados organizativos. Dichos trabajos cumplen los criterios de inclusión de esta revisión sistemática. A continuación, se resume y analiza cada uno de ellos.

En primer lugar se va a analizar el artículo publicado por Amores et al. (2011), donde los autores, tras un año de implantación de una unidad de gestión interniveles del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, describen los resultados asistenciales de consecución de objetivos y de calidad de la unidad. En cuanto a la consecución de los objetivos, los trabajadores de la unidad de gestión cumplen dichos objetivos, reduciendo el nivel de absentismo, cumpliendo lo acordado respecto al gasto y aumentan el número de profesionales acreditados entre otros de los objetivos cumplidos, en cuanto a la actividad y rendimiento, accesibilidad, etc. Respecto a la satisfacción de los pacientes, el porcentaje global de los usuarios ha sido del 85%, frente al 80% en el año anterior de comenzar a funcionar dicha unidad de gestión interniveles. Destacan los autores que “es igualmente importante el hecho de haber podido ahorrar recursos sin disminuir la calidad asistencial, sino optimizándolos mejorando la gestión”. Realmente, los recursos ahorrados consistieron en la cobertura de vacaciones y la reducción de un 10% del gasto del material fungible, lo que supuso 12.000 euros.

El siguiente artículo a analizar se titula *Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria* (Anguita-Guimet et al., 2012), en él los autores analizaron las ventajas de un modelo organizativo en Atención Primaria basado en mayor autonomía de gestión de los profesionales respecto al modelo tradicional. En este trabajo se describe como han

mejorado tanto los resultados asistenciales, como la satisfacción de los profesionales. Desde la implantación de este nuevo modelo, incrementaron la población atendida, hubo un importante aumento de atención no presencial, se redujo la demora de visita y tuvieron menos gasto en productos intermedios. Respecto a la satisfacción de los profesionales, fue medida mediante el cuestionario QVP-35, y se obtuvieron mejores resultados en 3 de las 4 dimensiones que abarca dicho cuestionario.

A continuación se pasa a examinar el trabajo de investigación presentado en la I Jornada Técnica sobre Gestión Clínica que tuvo lugar en Asturias en 2012. En este trabajo, sus autores (Margolles et al., 2012a) intentaron demostrar la capacidad de las UGC para mejorar la satisfacción del usuario. Para ello, llevaron a cabo un estudio transversal descriptivo a partir de los datos de la Encuesta de satisfacción de usuarios de Asturias en Atención Primaria (n=945), comparando los resultados de los centros de salud con UGC, y los centros de salud con gestión tradicional. Salvo dos variables, tiempo de espera y espera para acceder a consulta, no se observaron mejoras sustanciales en la percepción del ciudadano en cuanto a satisfacción sobre el servicio recibido en la mayoría de las variables.

En la misma Jornada Técnica anterior, se presentó el trabajo *ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) y Unidades de Gestión Clínica*, en el que los autores quisieron conocer si los equipos de Atención Primaria con UGC son más capaces de reducir las “hospitalizaciones evitables” que los equipos de Atención Primaria con gestión tradicional. Para ello utilizaron un diseño de estudio transversal y descriptivo analizando los datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) entre 2006 y 2010. No fueron observadas mejoras estadísticamente significativas en la caída de “hospitalizaciones evitables” al introducir las UGC. Aún así, los autores destacan en las conclusiones de su trabajo que “algunos equipos de AP se han integrado en UGC a mediados del período de análisis por lo que es posible que sus resultados aún no presenten los cambios que en la práctica clínica se pueden generar con una “mejor” asistencia” (Margolles et al., 2012b).

Se pasa a resumir y analizar el artículo *Clinical leadership and the changing governance of public hospitals: implications for patient experience* (Veronesi et al., 2015) en el que se llevó a cabo un estudio cuyos objetivos fueron: explorar el impacto del mayor liderazgo en la toma de decisiones estratégicas por parte de los clínicos en la gestión de los hospitales públicos, y dar respuesta a la cuestión de si el aumento de los profesionales clínicos en labores de gestión, tiene algún impacto en la experiencia del paciente. Para ello se analizaron tres fuentes de datos: la encuesta anual a pacientes hospitalizados del

National Health Service (NHS), una base de datos del hospital a estudio con datos de sus gestores clínicos, y una serie de datos disponibles al público (clasificación de los hospitales, indicadores de actividad, etc.). En sus conclusiones, los autores indican que es necesaria más investigación (cualitativa) para comprender por qué la mayor implicación de los clínicos en la gestión está teniendo consecuencias positivas en la experiencia del paciente.

Correia y Denis (2016) publicaron un estudio en el que se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas a directores médicos y cirujanos de un hospital público portugués, complementado con observaciones. Este artículo proporciona pruebas con respecto a la influencia de los “híbridos” (clínicos y gestores) en el funcionamiento de las organizaciones hospitalarias, así como del impacto en la autonomía de los clínicos. Se ha demostrado que la autonomía y la autoridad médica, se ven reforzadas en el contexto organizativo sujeto a las reformas del servicio de salud de Portugal.

El siguiente artículo a analizar, consistió en un trabajo empírico cualitativo en hospitales suecos. Se evaluó los niveles macro, meso y micro, así como los modelos de gestión de los hospitales (mediante el análisis de documentos, fuentes secundarias e información de expertos), basándose en las percepciones de los “médicos híbridos” de la organización. El estudio aporta ciertas “brechas” en el modelo de gestión clínica como por ejemplo que los clínicos gestores, dependían más de interés personal y el conocimiento clínico, que en las herramientas de gestión (de las que carecían). Estos híbridos, son percibidos como colegas más que como directivos expertos asesores en temas de gestión, por lo que no mejoran la coordinación “empresarial-profesional”. Concluyen el artículo asegurando que “se pueden generar problemas de organización y de gestión de necesidades no satisfechas, que limitan este tipo de modelo organizativo” (Kuhlmann et al., 2016).

El último trabajo a analizar, trata sobre la implicación en la gestión de los médicos en 26 países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). La gobernanza de los hospitales está cambiando su orientación centrada en el control de los costes y de la producción hacia la mejora de los rendimientos de los resultados clínicos. Solo unos pocos estudios indican que puede haber una relación positiva entre los médicos que forman parte de juntas de hospitales y el rendimiento general del hospital. Sin embargo, hay una creciente literatura sobre la aplicación de sistemas de gestión de calidad en los hospitales y su relación con la mejora del rendimiento. Por tanto, parece razonable suponer que la relación entre la participación de los médicos en la gestión hospitalaria y mejorar el

rendimiento del hospital está mediada en parte, a través de sistemas de gestión de calidad. El autor de este trabajo aporta varias conclusiones, demostrando que “la adquisición por parte de los médicos, de la gestión hospitalaria en áreas estratégicas, está relacionada positivamente con el nivel de sistemas de gestión de calidad implementadas” (Rotar, 2016).

4. DISCUSIÓN

Este apartado de discusión se va a desarrollar describiendo los hallazgos en relación a los objetivos propuestos al final de la introducción. En primer lugar, se comenzará discutiendo sobre el objetivo general de esta revisión sistemática, para pasar a continuación a discutir sobre los resultados referentes a los dos objetivos específicos.

Objetivo General: describir y analizar las contribuciones de la literatura reciente sobre la gestión clínica.

La estructura organizativa y la atención sanitaria proporcionada por los diferentes sistemas de salud de los países industrializados han ido evolucionando a lo largo de la historia según se han ido produciendo avances científicos y tecnológicos (nuevos servicios, más demanda, etc.), según se han producido cambios sociales y demográficos (envejecimiento de la población) y según la situación económica global y/o de cada país (Travaglia et al., 2011). Estas situaciones han provocado un problema de sostenibilidad en los sistemas sanitarios que, junto con la situación de crisis económica global que se sucede desde 2008 y la insatisfacción de usuarios y profesionales, ponen de manifiesto la necesidad de nuevas formas de gestión (Ferrán, 2011).

El Departamento de Salud pública de RU introduce el término “*Clinical Government*” (Gobierno Clínico) en 1998, asociándose a él la responsabilidad, calidad, establecimiento de guías y estándares en el desarrollo de la práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica (Soria-Aledo y Colina, 2015). Surge así el concepto de Gestión Clínica, el cual tomarán como ejemplo los gobiernos de otros países.

La Gestión Clínica pretende ofrecer una atención integrada al paciente (teniendo en cuenta sus necesidades, mejorando el trato humano, etc.) y conseguir una calidad asistencial excelente (Rodríguez y Rueda, 2012). Se puede definir como una forma de

organizar las unidades asistenciales, cuya base es la participación activa y responsable de los profesionales sanitarios, que ejercen la práctica clínica, en la consecución de los objetivos para realizar una atención centrada en el paciente de forma adecuada, y teniendo en cuenta un uso costo-efectivo de los recursos disponibles (Torres y Mingo, 2015).

Es fundamental pues, el desarrollo de la autonomía en la gestión de los profesionales sanitarios. Que los profesionales sanitarios participen de una forma real en la gestión asumiendo riesgos jurídicos y económicos, estimula la competencia por comparación mejorando la calidad asistencial y aumentando la satisfacción en los profesionales (Ledesma, 2012). Para que esta autogestión se pueda llevar a cabo, es imprescindible que se realice una descentralización efectiva de la toma de decisiones en lo que al servicio o unidad respecta (Torres y Mingo, 2015), es decir, poner fin a la jerarquización horizontal tradicional (Moneu y Vilana, 2015).

A parte de empoderar a los profesionales en términos de gestión, son necesarias varias medidas para favorecer la implementación de la Gestión Clínica. Algunas de ellas son introducir mecanismos de autoevaluación, mejorar los sistemas de información, transparencia, desarrollar una cultura de participación, implicación y comunicación interna, etc. (Torres y Mingo, 2015) e implementar herramientas de gestión (contrato, plan de empresa, etc.) (Corbella, 2014).

El papel de enfermería en estas reformas es fundamental para la consecución de unos cuidados de salud costo-efectivos y de calidad para lograr la sostenibilidad del sistema sanitario. Por lo tanto, es imprescindible trabajar en colaboración entre profesionales y entre niveles asistenciales (Zabalegui, 2014).

Dentro de la Gestión Clínica se distinguen la gestión directa y la gestión indirecta, sus principios fundamentales son los mismos y se diferencian en el marco jurídico en el que se mueven (con o sin personalidad jurídica, contratación derecho público o privado, etc.). Para algunos autores esto son formas de privatización de la sanidad (Sánchez-Martínez et al., 2014). Los Institutos Clínicos o Áreas Clínicas, las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y las Entidades de Base Asociativa (EBA) son los modelos de gestión clínica más destacables, ya que son las más extendidas por el territorio nacional y las que han parecido tener mejores resultados.

Los Institutos Clínicos resultan de la unión de un número limitado de unidades diferentes que se agrupan desde la perspectiva del paciente, no tienen personalidad jurídica

y son autogestionadas por los profesionales (Corbella, 2014). Las EBA se han desarrollado en Cataluña y, son sociedades de profesionales-gestores que son propietarios de un 51% como mínimo del capital social, por lo que tienen personalidad jurídica (Corbella, 2014; Sánchez-Martínez et al., 2014). Las UGC están formadas por una unidad asistencial, son autogestionadas sin personalidad jurídica ofreciendo una atención integrada por procesos. (Rodríguez y Rueda, 2012). Son valoradas positivamente por pacientes y profesionales en los pocos estudios existentes sobre el tema (Sánchez-Martínez et al., 2014).

Una parte de la literatura consultada refleja, que en España la gestión clínica es vista como una medida de austeridad en respuesta a la necesidad de ahorro y control del gasto sanitario, perdiéndose así sus bases fundamentales (buen gobierno, calidad asistencial, disminución de desigualdades, buen uso de los recursos existentes, etc.). Los profesionales sanitarios tendrían responsabilidad clínica y también sobre la eficiencia del sistema (Soria-Aledo y Colina, 2015), perteneciendo esta última a niveles de Gerencia y/o Administración (Torres y Mingo, 2015). Es decir, la Gestión Clínica se encontraría en el nivel de microgestión. Los niveles de macrogestión (Administración) y mesogestión (Gerencia) son los que deben dar respuestas a los cambios organizativos (Cobella, 2014; Torres y Mingo, 2015). Tal vez, esto suceda porque que la gestión clínica tiene su origen en sistemas más evolucionados organizativamente que el español. La gestión clínica también se ve como una opción de cambio de jefatura jerárquica, perdiendo así todo su sentido (Corbella, 2014).

Objetivo específico 1: Analizar cómo afecta la implantación de la gestión clínica en los profesionales.

Es importante analizar cómo afecta la implantación de la gestión clínica a los trabajadores sanitarios (clima laboral, satisfacción laboral, calidad de vida) y que percepción tienen de ella, ya que son una pieza fundamental para su implementación y desarrollo.

En el estudio realizado por Alonso et al. (2011), comparan el clima emocional, la calidad de la comunicación, la valoración a sus responsables y compañeros de los trabajadores en una unidad de gestión clínica, frente a los trabajadores de dos servicios asistenciales con gestión tradicional. Obtuvieron como resultado, que los trabajadores sanitarios de la UGC dieron una mejor valoración a todos los ítems que los de las unidades tradicionales. También se reflejó un menor número de bajas laborales, un mejor cumplimiento de los objetivos y un menor exceso de gasto. Pese a las limitaciones del estudio (tamaño de la muestra y diferente tasa de respuestas entre ambos modelos), parece

ser que los trabajadores de los centros con gestión clínica disfrutaran de un mejor clima laboral, que mejora su rendimiento.

El nivel de satisfacción laboral se encuentra por encima de la media en los trabajadores de unidades de gestión clínica (Martínez et al., 2013). La satisfacción laboral es un factor muy importante, ya que influye en la mayor o menor consecución de los objetivos marcados en el contrato de gestión.

También se ha mostrado que los trabajadores pertenecientes a centros con gestión clínica tienen una mayor percepción de calidad de vida. En el trabajo de Díaz et al. (2013), que analizó la calidad de vida de los profesionales del modelo de gestión clínica de Asturias, se destaca que la calidad de vida percibida aumenta según aumentan los años de experiencia laboral en gestión clínica.

Por otro lado es interesante conocer la percepción de los profesionales de la salud sobre la gestión clínica, ya que se pueden detectar obstáculos que dificultan su evolución, pudiéndose plantear medidas para solucionarlos.

Según el estudio de Tamborero et al. (2011), los directivos de centros de gestión tradicionales le dan mucha importancia a la capacidad de autogestión, pero no se ven con capacidad de gestión, refieren aversión al riesgo y tienen una escasa disposición a liderar proyectos de gestión clínica. Respecto al posicionamiento de los trabajadores sanitarios asistenciales sobre autogestión, cabe señalar que los que están interesados en participar en gestión clínica, lo harían sin asumir excesivos compromisos (riesgo económico, renunciar contratación como personal estatutario, etc.); y los que tienen conocimientos elevados sobre gestión clínica, son partidarios de que los centros dependan de la administración (gestión directa) (Tamborero et al., 2015).

Para los trabajadores de la salud de Nueva Zelanda, las barreras clave a la implementación de la gestión clínica en dicho país son: la intensificación de los médicos en las actividades de gestión y liderazgo clínico, las relaciones interprofesionales, la necesidad de formación en gestión y liderazgo (Gauld y Horsburg, 2015). Para los profesionales encuestados en Mallorca por Tamborero et al. (2015), los requisitos imprescindibles para la implementación de la autogestión son: directores capacitados, sistemas de asignación presupuestaria y contratos de gestión adecuados. También le dan gran importancia a la capacidad de organización del centro y a la selección de personal dentro de las competencias de la autogestión.

Es llamativo que en el estudio realizado en Nueva Zelanda por Gauld y Horsburg (2015) a nivel nacional, sobre la percepción de los profesionales sanitarios sobre la implementación de la gestión clínica, el 40% de las encuestas respondidas fueran de enfermeros/as frente al 20% de los médicos. Parece que enfermería tiene una mayor implicación que el personal médico en la puesta en marcha de la gestión clínica, aún quedando relegado su liderazgo a un segundo plano.

Por último, destacar la creación de un índice de desarrollo de la gestión clínica elaborado por Gauld y Hosburg (2014), basado en un cuestionario de 6 preguntas a médicos adjuntos. Este índice mediría el nivel de ejecución de las políticas de salud del gobierno en relación a gestión clínica. Sus autores refieren que podría ser adaptado para su uso en otros países.

Objetivo específico 2: Analizar la influencia de la implantación de la gestión clínica en los resultados, ya sea en los resultados de salud en la población, o en los resultados organizativos.

Se comienza este apartado poniendo el foco de atención sobre los resultados de salud obtenidos en la población, que debería ser el dato más relevante a la hora de analizar el éxito de la implantación de la gestión clínica en España.

Amores et al. (2011) consiguieron con su trabajo descriptivo, unos porcentajes de satisfacción de los pacientes 5% superiores, comparando los datos con el año anterior de llevar a cabo su estudio (pasando del 80 al 85% de satisfacción), cuando no se había implantado la gestión clínica. La importancia de este trabajo de investigación está en que es el único de los artículos seleccionados en esta revisión que hace una comparación de resultados previos y posteriores a la implantación de la gestión clínica, indicando que es necesaria más investigación en este aspecto de satisfacción de los pacientes. En la misma línea, Veronesi et al. (2015) indica en su trabajo que es necesaria más investigación, para comprender los resultados de su estudio, en el que demostraron que un aumento de profesionales clínicos dedicados a labores de gestión, está relacionado con una mejor experiencia del paciente. Los autores acotan esta necesidad, señalando que sería necesaria más investigación cualitativa para comprender por qué esta mayor implicación tiene dichas consecuencias positivas en la experiencia del paciente.

Respecto a los resultados asistenciales, destaca el trabajo de Anguila-Guimet et al. (2012), quienes describen como desde que se implanto la gestión clínica en Atención Primaria, se consiguió un incremento de la población atendida, un aumento de la atención no presencial y se redujo la demora de visita. Esta reducción de tiempos coincide con el trabajo llevado a cabo en Asturias, en los centros de Atención Primaria donde se observó una reducción en los tiempos de espera y en la espera para acceder a la consulta (Margolles et al., 2012a), siendo esas, las dos únicas variables en las que el ciudadano observaba mejoras sustanciales, respecto a antes de implantarse la gestión clínica.

Otra estudio transversal descriptivo (Margolles et al., 2012b), analizó la posible reducción de las “hospitalizaciones evitables” en los centros de Atención Primaria, dicha variable tiene una gran importancia dado su papel en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Sin embargo, no se encontraron mejoras estadísticamente significativas en la caída de estas “hospitalizaciones evitables” al introducir la gestión clínica.

En cuanto a los resultados organizativos, Amores et al. (2011) señalan como los trabajadores de una unidad de gestión clínica del hospital de Huelva, cumplen con los objetivos, reduciendo el absentismo y cumpliendo el acuerdo respecto al gasto, sin embargo, no añade ningún dato sobre si antes de la implantación de la gestión clínica también se cumplían los objetivos, y si se hacía con un porcentaje mayor o menor que con la gestión clínica. Lo que si se destaca en el artículo es que se consiguió una disminución en la cobertura de vacaciones y en el gasto en material fungible, lo que supuso un ahorro de 12.000 euros.

Por otro lado, y según el trabajo llevado a cabo por Correia y Denis (2016) se demostró como, la implantación de la gestión clínica refuerza en el contexto organizativo, refuerza la autonomía y autoridad médica. Además, Rotar (2016) en su artículo indica que existe una relación positiva entre la implantación de la gestión clínica (eso sí, desde una perspectiva más centrada en la calidad) y la mejora del rendimiento de las organizaciones. Sin embargo, los datos obtenidos por Kuhlmann et al. (2016) señalan en otra dirección, ya que indican que, al incorporarse los clínicos a la gestión (“híbridos”), los otros clínicos les perciben más como colegas que como directivos expertos en gestión, lo cual, podría llegar a generar problemas de organización y gestión, que limitarían este modelo organizativo.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática han permitido avanzar en el conocimiento de la relación existente entre el rendimiento grupal y las relaciones informales que se establecen en las organizaciones y su importancia. A continuación se exponen las **conclusiones** extraídas a partir de los resultados obtenidos y analizados.

- I. Es necesaria más investigación ya que no existe un desarrollo de herramientas adecuadas para medir de forma válida, los resultados reales de la implementación de las nuevas formas de gestión. Dichas herramientas, además de medir los resultados, servirían para comparar los distintos modelos de gestión, es decir, se podría comparar si las unidades de gestión clínica tienen mejores resultados que las entidades de base asociativa o que el modelo tradicional. Así también podría indicar, qué modelo es más acertado desarrollar en cada centro sanitario teniendo en cuenta las necesidades de la población que atienda.
- II. Políticamente, se mantiene un modelo organizativo tradicional en la mayoría de los centros, y se utiliza la gestión clínica como una forma neutra para transformar dichas organizaciones, responsabilizando de ello a los clínicos.
- III. Teóricamente, la gestión clínica recoge los fundamentos del *buen gobierno* y de calidad asistencial, pero en la práctica se relaciona, por parte de algunos profesionales, con el ahorro y control del gasto.
- IV. La gestión clínica se ha mostrado como un modelo eficaz y eficiente, que puede llegar a mejorar la satisfacción laboral y la calidad de vida de los trabajadores. Además favorece la sostenibilidad del sistema nacional de salud y, a falta de estudios más contundentes, se puede decir en general que, la gestión clínica mejora los resultados en salud para los pacientes (reducción de listas de espera, aumento de cartera de servicios, etc.).

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Sin lugar a dudas, este trabajo fin de máster cuenta con varias **limitaciones** que han de ser tomadas en cuenta a la hora de interpretar el alcance de las conclusiones. Para comenzar, la primera limitación de la que adolece este trabajo es la poca literatura existente

en cuanto a recogida de datos empíricos, antes y después de la implantación de las diferentes modalidades de Gestión Clínica, respecto a los resultados tanto en las organizaciones, como en los profesionales, como del producto final (la propia asistencia sanitaria). Otra de las limitaciones es el propio concepto de gestión clínica y su polisemia en inglés, que ha dificultado la comprensión de la literatura con los matices en los términos “*clinical governance*”, “*clinical management*” y “*clinical practice*” ya que se ha encontrado que se utilizan indistintamente.

Además, y fruto del trabajo continuo realizado durante este máster, se ha planteado una **futura línea de investigación**: un estudio empírico sobre la opinión y los conocimientos que puedan tener los trabajadores sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de León sobre las Unidades de Gestión Clínica. Para ello se ha redactado un Proyecto de Investigación, titulado *Unidades de Gestión Clínica: posicionamiento de los trabajadores sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de León*, preparado para ser presentado para su aprobación ante el Comité de Ética e Investigación Clínica de León (Anexo II).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acta del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz, España, 23 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_transparenc/eu_transpar/adjuntos/aktak/20120523akta.pdf
- Alonso, E., Rubio, A., March, J. C. y Danet, A. (2011). Clima emocional y comunicación interna en una unidad de gestión clínica y dos servicios hospitalarios tradicionales. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(5), 281-284.
- Amores, M. I., Nieto, A., Cordero, C. y Muñoz, S. (2011). Modelo de unidad de gestión clínica interniveles: Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. *Rehabilitación*, 45(Sup.1), 38-47.
- Anguita-Guimet, A., Ortiz-Molina, J., Sitjar-Martínez, S., Sisó-Almirall, A., Menacho-Pascual, I., y Sebastián-Montal, L. (2012). Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(2), 79-86.
- Bohígas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316-318.
- Cequier, A. y Ortega, B. (2015). Niveles de gestión clínica. *Revista Española de Cardiología*, 68(6), 465-468.
- Consejo General de Enfermería de España. (2016). Análisis del Consejo General de Enfermería sobre el Decreto de las Unidades de Gestión Clínica en Castilla y León. Reflexiones acerca de la Gestión Clínica Enfermera.
- Corbellá, X. (2014). Gestión clínica: pacientes, profesionales, gestores y políticos ante el reto de ponerse, comprensivamente, uno en el lugar del otro. *Medicina clínica*, 143(9), 395-397.
- Correia, T. y Denis, J. L. (2016). Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal. *BMC Health Services Research*, 16(2), 73-83.
- Decreto 19. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, Sevilla, España, 3 de julio de 2007.

- Decreto 36. Diario Oficial de Galicia, Santiago de Compostela, España, 24 de marzo de 2014.
- Decreto 57. Boletín Oficial de Castilla y León, Valladolid, España, 4 de diciembre de 2014.
- Decreto 66. Boletín Oficial del Principado de Asturias, Oviedo, España, 14 de julio de 2009.
- Díaz, C., Suárez, O., Fueyo, A., Mola, P., Rancaño, I., Sánchez, A.M., Suárez, R. y Díaz, C. (2013). Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 502-507.
- Ferrán, M. (2011). Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Atención Primaria*, 43(12), 627-628.
- Gauld, R. y Horsburgh, S. (2014). Measuring progress with clinical governance development in New Zealand: perceptions of senior doctors in 2010 and 2012. *BMC Health Services Research*, 14(1), 540-547.
- Gauld, R. y Horsburgh, S. (2015). Health care professionals' perceptions of clinical governance implementation: a qualitative New Zealand study of 3205 open-ended survey comments. *BMJ Open*, 5(1), e006157.
- IESE Business School, Universidad de Navarra. (2013). *Avanzando en gestión clínica. Reflexiones de gestores y clínicos. (Informe AMPHOS)*. Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-327.pdf>
- Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M. y Lega, F. (2016). Medicine and management in European hospitals: a comparative overview. *BMC Health Services Research*, 16(2), 7-14.
- Kuhlmann, E., Rangnitt, Y. y Von Knorring, M. (2016). Medicine and management: looking inside the box of changing hospital governance. *BMC Health Services Research*, 16(2), 57-64.
- Ledesma, A. (2012). ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 57-62.
- Lega, F. y Sartirana, M. (2016). Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS. *BMC Health Services Research*, 16(2), 65-72.

- Margolles, M., Donate, I. y Margolles, P (2012a, mayo). *¿Son capaces las Unidades de Gestión Clínica de mejorar la satisfacción del usuario?* Comunicación presentada en la I Jornadas Técnicas en Gestión Clínica, Asturias, España.
- Margolles, M., Donate, I. y Margolles, P (2012b, mayo). *ACSC y Unidades de Gestión Clínica*. Comunicación presentada en la I Jornadas Técnicas en Gestión Clínica, Asturias, España.
- Martínez, C., Praena, J. M. y Gil, E. (2013). Satisfacción laboral de los Profesionales de Enfermería en las Unidades de Gestión Clínica. *Revista Rol de Enfermería*, 36(1), 33-38.
- Méndez, C., Miranda, C., Torres, M. C. y Márquez, M. (2014). Implementing Hospital Self-Management Policy in Chile: Health Professionals' Perceptions. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 86-95.
- Moreu, F. y Vilana, J. (2016). Modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica e institutos de gestión. *Gestión & Desarrollo*, 12(1), 85-94.
- Ortún, V. (2003). *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson.
- Ortún, V. y Meneu, R. (2006) Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. *Revista española de salud pública*, 80(5), 491-504.
- Repullo, J. R. (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 62-68.
- Rodríguez, M. R. y Rueda, S. (2012). La sanidad en Andalucía: las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera. *eXtoikos*, 5, 31-36.
- Rotar, A. M., Botje, D., Klazinga, N. S., Lombarts, K. M., Groene, O., Sunol, R. y Plochg, T. (2016). The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Services Research*, 16(2), 99-109.
- Ruiz, L. (2004). *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España.

- Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M. y Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.
- Sancho, J. L., Sanz, M. C. y de Asís Jove, F. (2001). *Gestión clínica en los centros del INSALUD*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf.
- Soria-Aledo, V. y Colina, A. (2015). La gestión clínica en tiempos difíciles. *Cirugía Española*. 93(4), 211-212.
- Suñol, R. y Humet, C. (2002). *Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS, 1*. Valencia: Conselleria de Sanitat.
- Tamborero, G., Gómez, A., García, A., Migélez, A., Canet, R. y Esteva, M (2011). Autonomía clínica y de gestión. Percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (6), 569-581.
- Tamborero, G., Esteva, M., March, S. y Guillén, M. (2015). Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. *Atención Primaria*, 47(2), 99-107.
- Torres, J. y Mingo, C. (2015). Gestión clínica: Bases fundamentales y organización. *Archivos Españoles de Urología*, 68(1), 6-13.
- Travaglia, J. F., Debono, D., Spigelman, A. D. y Braithwaite, J. (2011). Clinical governance: a review of key concepts in the literature. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(1), 62-77.
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2013). La Declaración PRISMA: un paso adelante en la mejora de las publicaciones de la Revista Española de Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 99-102.
- Varela, J., Craywinckel, G., Esteve, M. y Picas, J. M. (2010). Implicación de los médicos en la gestión basada en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinares. *Medicina clínica*, 134(1), 35-39.

Veronesi, G., Kirkpatrick, I. y Altanlar, A. (2015). Clinical leadership and the changing governance of public hospitals: implications for patient experience. *Public Administration*, 93(4), 1031-1048.

Villarías, A. L., Díaz, C. A., Prieto, M., Suárez, R., Mola, P., & Navia, J. M. (2011). Unidades de gestión clínica en Atención Primaria. Calidad y eficiencia como motor de cambio. *Premios Profesor Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 9, 13-27.

Zabalegui, A. (2014). Gestión clínica y del conocimiento enfermero en proceso de cambio. *Enfermería clínica*, 24(4), 209-210.

8. ANEXOS

ANEXO I. Tipos de organizaciones de gestión directa e indirecta en el SNS español, definición y ejemplos.

GESTIÓN	ORGANIZACIONES	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Gestión Directa	Institutos Clínicos	Sin personalidad jurídica. Agrupación de diferentes unidades de especialidades. Autogestión de los profesionales. Gestión por procesos. Atención integrada.	Patología digestiva Hospital Marqués de Valdecilla, Cardiovascular Hospital Clínico de Valladolid, Cardiología Hospital Ramón y Cajal, Hospital Clínic de Barcelona, etc.
	UGC	Sin personalidad jurídica. Una unidad asistencial, diagnóstica o de cuidados. Autogestión de los profesionales. Gestión por procesos. Atención integrada.	Andalucía, Principado de Asturias, Castilla y León.
	Entes de derecho público	Con personalidad jurídica. Vigentes en ámbito autonómico. Contratación según derecho público (personal laboral o estatutario/funcionario).	Servei Català de la Salut, Hospitales de Poniente y Costa del Sol en Andalucía.
	Sociedades mercantiles públicas	Contratación derecho privado (personal laboral).	Giscasa (Asturias), Gicaman (Castilla-La Mancha), Giscarmsa (Región de Murcia).
	Fundaciones Sanitarias	Contratación derecho privado (de gran derecho público) (personal laboral).	Hospitales de Verín, Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa (Galicia), Manacor Baleares), Calahorra (La Rioja).
	Consortios	Contratación derecho privado (personal laboral y estatutario/funcionario).	Cataluña (Barcelona, Vic, Maresme), Aragonés de Alta Resolución, Aljarafe (Andalucía).

Tabla 3. Tipos de organizaciones de gestión directa, definición y ejemplos. Elaboración propia basada en Sánchez-Martínez et al. (2014) y Sancho et al. (2001).

GESTIÓN	ORGANIZACIONES	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
Gestión Indirecta	Conciertos sanitarios	Regulados para la prestación de servicios sanitarios o complementarios por parte de proveedores privados.	En todos los servicios regionales de salud.
	Sociedades de profesionales (EBA)	Sociedades constituidas por profesionales-gestores, propietarios de al menos un 51% del capital social.	Cataluña.
	CPP: Concesiones de obra pública (Private Finance Initiative, PFI)	Concesiones de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la provisión de servicios no sanitarios.	Hospitales de Majadahonda, Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Parla, Coslada, Arganda y Aranjuez (C. de Madrid). Hospitales de Burgos (Castilla y León), Son Espases y Can Mises (Baleares), Vigo (Galicia) y Valdecilla (Cantabria).
	CPP: Concesiones administrativas (modelo Alzira)	Concesiones administrativas para la construcción y gestión del edificio y la provisión de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida.	Departamentos de salud de La Ribera, Torrevieja, Denia, Manises y Vinalopó (C. Valenciana). Hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles (C. de Madrid).

Tabla 4. Tipos de organizaciones de gestión indirecta, definición y ejemplos. Elaboración propia basada en Sánchez-Martínez et al. (2014) y Sancho et al. (2001).

ANEXO II. Proyecto de Investigación, Unidades de Gestión Clínica: posicionamiento de los trabajadores sanitarios del Complejo Asistencial Universitario de León.

A LA ATENCIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
“UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: POSICIONAMIENTO DE LOS
TRABAJADORES SANITARIOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE LEÓN”**

Investigadores principales:

Ana Belén Delgado Díez

Colaboradores:

Dra. M^a Pilar Marqués Sánchez

Dra. Ana Belén Casares Marcos

León, julio de 2016

Dña. Ana Belén Delgado Díez, con DNI 71439430G, enfermera del Complejo Asistencial Universitarios de León (CAULE),

SOLICITA

Someter a evaluación del comité, el proyecto que presenta a continuación; dicho proyecto, se somete a la última Declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil, octubre 2013).

Título	UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: POSICIONAMIENTO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN	
Investigadores	Nombre	Adscripción
Principal	Ana Belén Delgado Díez	Enfermera asistencial, Quirófano. CAULE Prof. Asociada Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León.
Colaborador (1)	Dra. M ^a Pilar Marqués Sánchez	Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León.
Colaborador (2)	Dra. Ana Belén Casares Marcos	Departamento de Derecho Público. Universidad de León.

Documentación adjunta:

Memoria resumida del proyecto.

Anexo I: Consentimiento informado a profesionales sanitarios del CAULE.

Anexo II: Encuesta a profesionales sanitarios del CAULE.

Datos de contacto del Investigador Principal	
Departamento	Servicio de Quirófano, CAULE.
Dirección	Altos de Nava s/n. CP 2400, León
E-mail	abdelgado@saludcastillayleon.es
Teléfono	987203000
Teléfono móvil	679830134

León, 7 de julio de 2016

Firma

Ana Belén Delgado Díez

TÍTULO DEL ESTUDIO: UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: POSICIONAMIENTO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ANA BELÉN DELGADO DÍEZ.

1.- *¿Se trata de un estudio de investigación en el que se evalúa el efecto de un medicamento o su toxicidad?*

Si *No (salte a la pregunta núm. 8)*

2.- *¿Es el promotor del estudio una empresa farmacéutica?*

Si *No*

3.- *¿Existe disposición del promotor para pagar de forma íntegra el coste del medicamento?*

Si *No*

4.- *¿Paga el promotor de forma íntegra el coste del seguro del ensayo?*

Si *No*

5.- *¿Pretende la nueva estrategia terapéutica sustituir durante el desarrollo del ensayo a un tratamiento de coste conocido que se viene efectuando ya en nuestro centro?*

Sí No

6.- *¿Existe una compensación económica para los investigadores?*

Sí No

7.- *¿Tiene el equipo investigador experiencia y capacidad investigadora para llevar adelante este estudio?*

Sí No

8.- *¿Tiene pensado permanecer en el Centro de trabajo actual durante el desarrollo del estudio?*

Sí No

9.- *¿Ha sido el estudio discutido en grupo y aprobado por sus colaboradores?*

Sí No

10.- *¿Número de estudios de los que es investigador principal de forma simultánea hasta el momento, dentro o fuera de su centro sanitario (excluyendo éste)?*

0

11.- *¿Dispone de Data Manager con formación específica?*

Si *No*

12.- *¿Si el estudio es multicéntrico, dispone de monitor?*

Si *No*

ME COMPROMETO, como Investigador Principal, a no reclutar pacientes vinculados a mí por una relación de dependencia, tal y como indica la vigente Declaración de Helsinki, y

ASUMO que la realización del Ensayo Clínico no supondrá, una vez finalizado el E.C., la inclusión automática del fármaco en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital. Siendo obligatorio para ello su tramitación, al igual que cualquier otro fármaco, por parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica.

Firma del Investigador Principal

Firma del Jefe de Servicio
(o responsable de la Unidad si no lo hubiera)

León, 7 de julio de 2016

CURRICULUM VITAE (Investigador principal)

DATOS PERSONALES

Apellidos: DELGADO DÍEZ

Nombre: ANA BELÉN

DNI: 71439430-G

Dirección: C/Obispo Cuadrillero, nº14 3ªA CP 24007, LEÓN

Teléfono: 679830134 E-mail: adeld@unileon.es abdelgado@saludcastillayleon.es

1. FORMACIÓN ACADÉMICA

- Máster Universitario en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León (cursando en la actualidad).
- Graduada en Enfermería en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de León, realizando Curso de adaptación al Grado en Junio de 2013.
- Diplomada Universitaria en Enfermería en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de León en Junio de 2005.

2. ACTIVIDAD DOCENTE

- Profesora Asociada en el Curso Académico 2015-2016 y 2014-2015, del Departamento de Enfermería y Fisioterapia (Área de Enfermería) de la Universidad de León.

3. ACTIVIDAD INVESTIGADORA

- Publicación: Uso postquirúrgico de un apósito con tecnología Hydrofiber en el implante de dispositivos cardíacos electrónicos. Revista Española de Cardiología. 68 – Sup., pp. 1117 - 1117. Fuente de impacto: WOS (JCR); Índice de impacto: 3,792.
- Comunicación/Poster: “Clima laboral en el personal de enfermería hospitalaria” en la XII Jornadas de Enfermería y Salud: Impulsando la investigación, León 1-2 octubre 2015.
- Comunicación/Poster: “Trabajo en red como estrategia de optimización del rendimiento grupal: una revisión sistemática”, en el II Congreso de Enfermería y Salud: el Ciudadano, León 29-31 octubre 2014.

4. EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Enfermera asistencial en atención especializada en el Complejo Asistencial Universitario de León desde junio de 2005, en distintos servicios (en la actualidad Servicio de Quirófano).

Palabras clave

Gestión clínica; gestión sanitaria; unidades de gestión clínica; política de salud; sostenibilidad.

Introducción

Durante años se lleva planteando un problema de sostenibilidad del sistema sanitario español, que se ha visto acentuado por la crisis económica global que se sufre desde 2008. La falta de sostenibilidad inicial del sistema sanitario se debe a cambios en las necesidades de salud de la población, a cambios sociales y demográficos, una población más demandante e informada (erróneamente o no) y avances tecnológicos (Repullo, 2014). Estos déficits se han ido solventando en la época de bonanza económica anterior, pero la crisis económica ha destapado la situación real.

El gobierno de España y de las Comunidades Autónomas han tomado medidas de austeridad para afrontar la crisis financiera, han elevado los impuestos y bajado el gasto público, por lo que el gasto sanitario también se ha visto reducido. Si las medidas de contención del gasto sanitario se dilatan en el tiempo, a medio-largo plazo se producirá una disminución de la calidad asistencial irreversible (Cequier y Ortega, 2015). El discurso político en relación al sistema sanitario ha cambiado, ha pasado de ser un buen sistema a un sistema financieramente insostenible (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán, y Oliva-Moreno, 2014). El Real Decreto Ley 16/2012 supone una ruptura con los consensos políticos y sociales existentes hasta el momento (Repullo, 2014).

Para continuar con la política de reducción del gasto, y así sostener el sistema sanitario, se ha propuesto la implantación de la gestión clínica. La gestión clínica es una forma de gestionar las unidades asistenciales, depositando las responsabilidades y consecución de los objetivos en los propios profesionales de la salud (Torres y Mingo, 2015). Se puede concretar la definición de gestión clínica, analizando las palabras que la componen. Gestión es el encaje organizativo, es decir, coordinar, implicar y motivar a los profesionales para que desarrollen lo mejor posible su trabajo; y la clínica son las decisiones y actuaciones diagnóstica y terapéuticas (Ortún, 2003).

Tradicionalmente ha existido una falta de entendimiento, debida a la estructura jerárquica y a las políticas de ahorro, entre los gestores y los profesionales clínicos por lo que en la parte de la gestión siempre ha habido dificultades (Torres y Mingo, 2015). Sin embargo, los profesionales clínicos han tenido una muy buena evolución, ya que se han desarrollado estudios, revisiones, guías y protocolos con una base científica para tomar decisiones clínicas costo-efectivas. La efectividad dentro de la gestión clínica mide el grado máximo de consecución de los objetivos en función de los recursos y datos reales (Ortún, 2003).

En la Comunidad de Castilla y León, el modelo de gestión clínica que se pretende implementar son las UGC. Las UGC son una forma de gestión clínica directa, sin personalidad jurídica

y con una elevada capacidad de autoorganización (Sánchez-Martínez et al., 2014). Puede ser un servicio clínico, una unidad funcional, un área de apoyo, o una unidad de cuidados, ser multidisciplinar o no (Sancho et al., 2001). Los profesionales tienen cierto nivel de autonomía de gestión, para facilitar una mayor responsabilidad en la gestión de recursos con el objetivo de conseguir una atención sanitaria integral y de mejorar la calidad asistencial (Villarías, A. L., Díaz, C. A., Prieto, M., Suárez, R., Mola, P., y Navia, J. M., 2011). La UGC es el modelo de gestión clínica de elección en varias CCAA, habiendo desarrollado cada una de ellas su propio marco legislativo.

Objetivos

El **objetivo general** de este trabajo de investigación es describir la opinión y los conocimientos de los profesionales sanitarios del CAULE, respecto a la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en la Gerencia Regional de Salud (SACYL).

Además del objetivo general, el estudio presenta también unos **objetivos específicos** que son:

1) analizar las posibles diferencias entre la opinión y conocimiento de los trabajadores sanitarios respecto a la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en la Gerencia Regional de Salud (SACYL), según el puesto de trabajo que desempeñen (médicos, enfermeros, TCAE).

2) establecer las posibles diferencias en la opinión y conocimientos respecto a la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en la Gerencia Regional de Salud (SACYL), entre el personal con más experiencia y trayectoria profesional, y el personal más novel.

3) evaluar las posibles diferencias en la opinión y conocimientos respecto a la implantación de las Unidades de Gestión Clínica en la Gerencia Regional de Salud (SACYL), según el tipo de contrato que tienen (fijos, interinos o eventuales).

Metodología

Diseño

Se empleará un diseño descriptivo, observacional y transversal como estrategia para alcanzar los objetivos planteados.

Instrumento de medida

El instrumento a emplear será un cuestionario autoadministrado, elaborado *ad hoc* con 15 preguntas de respuesta cerrada y elección múltiple tipo Likert y dicotómicas. Se estima un tiempo de respuesta de 5 minutos (Anexo 2). La razón de que no se emplee un instrumento validado, es la

inexistencia de un instrumento para el idioma y cultura española con esta finalidad. Además, se entregará a los profesionales sanitarios del CAULE, una hoja informativa de consentimiento de participación en el estudio (Anexo 1).

Con el fin de evaluar la dificultad de comprensión del cuestionario, y valorar el tiempo necesario para su cumplimentación, se ha realizado un test de comprensión de constructo con 5 enfermeras y 5 TCAE elegidas aleatoriamente y que no participarán en el estudio, observándose una buena comprensión del cuestionario.

Población, muestra y técnica de muestreo

El estudio se realizará a todos los trabajadores sanitarios del CAULE que cumplan con los criterios de inclusión, que son los siguientes: que acepten voluntariamente participar y que estén trabajando en el periodo entre 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2016.

La muestra es igual que la población, por lo que no se predeterminará tamaño muestral, ya que se hará llegar la encuesta a todos los trabajadores sanitarios del CAULE que cumplan los criterios de inclusión. El único criterio de exclusión es la antigüedad de los trabajadores, que ha de ser superior a 12 meses trabajados en el CAULE.

Método

El proyecto de investigación se desarrollará en cuatro etapas, desempeñando varias tareas en cada una de ellas. Las tareas se realizarán cronológicamente desde el mes de inicio hasta el final programado, según se detalla en el diagrama de Gantt (Gráfico 1).

Primera etapa: Tarea 1: revisión bibliográfica y redacción del proyecto de investigación. Tarea 2: someter a evaluación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Complejo Asistencial Universitario de León. Tarea 3: entregar carta de presentación solicitando autorización y colaboración al Director Gerente del CAULE, así como a la Directora de Enfermería, quedando a su disposición para concertar una reunión con el fin de explicarles el proyecto. Tarea 4: preparación e impresión de los recursos materiales; se imprimirá la hoja informativa de consentimiento de participación en el estudio junto con la encuesta.

Segunda etapa: Tarea 5: se entregarán las encuestas al Supervisor de Enfermería y Jefe de Servicio de cada unidad del CAULE, explicándoles el proyecto de investigación. Se resaltarán que el plazo para la realización del cuestionario será del 1 de septiembre al 31 de octubre de 2016. Tarea 6: se recogerán las encuestas completadas, en los primeros 10 días de noviembre de 2016 de todos los servicios del CAULE.

Tercera etapa: Tarea 7 una vez terminado el periodo participación de los profesionales sanitarios, la información se registrará en una base de datos creada con el programa informático EpiInfo 3.5.4, que se empleará también para el análisis estadístico. Además de la elaboración y análisis de los resultados, se redactarán las conclusiones y redacción final del trabajo. Tarea 8: explotación y difusión de los resultados.

TAREAS	MARZO ABRIL MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO AGOSTO 2016	SEPTIEMBRE OCTUBRE 2016	NOVIEMBRE 2016	DICIEMBRE 2016	ENERO FEBRERO MARZO 2017
Tarea 1							
Tarea 2							
Tarea 3							
Tarea 4							
Tarea 5							
Tarea 6							
Tarea 7							
Tarea 8							

Diagrama de Gantt (Gráfico 1).

Consideraciones éticas

Principio éticos básicos

La investigación clínica es indispensable para el progreso de las ciencias aplicadas como la enfermería o la medicina. Sin embargo, implica la participación de seres humanos lo cual tiene unos riesgos potenciales que llevan a plantearse cuestiones éticas y legales. Toda investigación en la que participen seres humanos se debe realizar de acuerdo con tres principios éticos básicos: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Además, toda actividad investigadora es necesario que esté regulada y sometida a una evaluación realizada por el Comité Ético de Investigación Clínica, ya que la participación de sujetos en la misma, puede incurrir en la violación de derechos básicos de las personas.

De acuerdo con los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, así como en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de los datos de carácter personal y la bioética; con este proyecto se respeta al ser humano como persona y como perteneciente a la especie humana, reconociendo la importancia de garantizar su dignidad, derechos y libertades fundamentales de la persona. Asimismo, se garantiza la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida.

Sobre la base de todo lo anterior, se adoptarán las medidas necesarias para proteger la intimidad de los participantes durante la recogida de la información, automatización de datos y publicación de los resultados.

Consentimiento informado

Para formar parte en este proyecto de investigación, los individuos a estudio deben ser participantes voluntarios e informados. Por ello, es preciso un consentimiento informado y firmado por cada uno de los implicados. Asimismo, el documento refleja la posibilidad de abandono en cualquier momento del estudio aún habiéndolo firmado. Este consentimiento, se ha redactado con palabras sencillas y presenta dos partes: una de información y otra de consentimiento. El modelo de consentimiento que se utilizará en este estudio se añade como Anexo I.

Anexo I: Consentimiento informado a profesionales sanitarios del CAULE



Consentimiento Informado de Participación en el estudio: UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: POSICIONAMIENTO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.

Estimada/o compañera/o:

Le rogamos que responda con la máxima sinceridad posible a las preguntas que le planteamos sobre su OPINIÓN Y CONOCIMIENTOS SOBRE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. De acuerdo con la normativa universitaria al respecto y la legislación vigente, le garantizamos la confidencialidad de la información recogida según lo dispuesto en la Ley 15/1999 (BOE 14 diciembre de 1999) de protección de datos carácter personal. Esta información no será empleada para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza su carácter anónimo.

Mediante la firma de este consentimiento y con la contestación del cuestionario se entiende implícito su consentimiento de participación en el presente estudio, y que Ud. decide participar libre y voluntariamente y que está de acuerdo con los términos de protección de datos mencionados anteriormente.

**Yo, Don/Doña.....
comprendo que mi participación es de carácter voluntario y que en cualquier momento puedo cambiar mi decisión y retirarme del estudio. Firmando este documento presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.**

Firma del participante en el estudio:

Firma del equipo investigador:

Fdo. Ana Belén Delgado Díez Fdo. Dra. M^a Pilar Marqués Sánchez Fdo: Dra. Ana Belén Casares Marcos

En León, a.....de..... 2016.

Anexo II: Encuesta a profesionales sanitarios del CAULE.

CUESTIONARIO_ UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: POSICIONAMIENTO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Lea atentamente las preguntas y responda **marcando con una X el recuadro que corresponda a la opción (sólo una por pregunta) que considere más coincidente con su opinión.** Si se equivoca, haga un círculo sobre la respuesta errónea y vuelva a marcar con una cruz la correcta.

Las preguntas iniciales servirán para diferenciar las respuestas por colectivos, y en ningún caso menoscaban el Anonimato y Confidencialidad de sus respuestas, que le garantizamos.

Agradecemos de antemano su atención y le pedimos la máxima sinceridad en sus respuestas, condiciones ambas para que este esfuerzo sea beneficioso para todos nosotros.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

SEXO	
0- Hombre	<input type="checkbox"/>
1- Mujer	<input type="checkbox"/>

EDAD	
1- Entre 20 y 30 años	<input type="checkbox"/>
2- Entre 31 y 40 años	<input type="checkbox"/>
3- Entre 41 y 50 años	<input type="checkbox"/>
4- Más de 51 años	<input type="checkbox"/>

ESTADO CIVIL	
1- Soltero/a	<input type="checkbox"/>
2- Casado/a ó pareja de hecho	<input type="checkbox"/>
3- Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
4- Viudo/a	<input type="checkbox"/>

Nº DE HIJOS	
1- 1 Hijo/a	<input type="checkbox"/>
2- 2 Hijos/as	<input type="checkbox"/>
3- 3 Hijos/as	<input type="checkbox"/>
4- Más de 3 hijos/as	<input type="checkbox"/>

TIPO DE CONTRATO	
1- Fijo	<input type="checkbox"/>
2- Vacante/interino	<input type="checkbox"/>
3- Temporal (sustitutos y eventuales)	<input type="checkbox"/>
4- EIR	<input type="checkbox"/>
5- MIR	<input type="checkbox"/>
6- Otros	<input type="checkbox"/>

EXPERIENCIA PROFESIONAL	
1- Entre 0 y 1 año	<input type="checkbox"/>
2- Entre 1 y 10 años	<input type="checkbox"/>
3- Entre 11 y 20 años	<input type="checkbox"/>
4- Entre 21 y 30 años	<input type="checkbox"/>
5- Más de 30 años	<input type="checkbox"/>

CATEGORÍA PROFESIONAL	
1- ENFERMERO/A <input type="checkbox"/>	11- Profesionales con mando (Supervisor/a, Dirección, etc.) <input type="checkbox"/> 12- Profesionales sin mando (Asistenciales) <input type="checkbox"/>
2- TCAE <input type="checkbox"/>	
3- MÉDICO/A <input type="checkbox"/>	31- Profesionales con mando (Jefe de Servicio/Sección, etc.) <input type="checkbox"/> 32- Profesionales sin mando (Asistenciales) <input type="checkbox"/>
4- OTROS (Fisioterapeutas, Técnicos superiores, etc.) <input type="checkbox"/>	

DATOS DE CONOCIMIENTOS Y OPINIÓN SOBRE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

1. Sus conocimientos sobre las Unidades de Gestión Clínica cree que son...

1 (nulos)	2	3	4	5 (muy altos)

2. Ha recibido información sobre las Unidades de Gestión Clínica en su puesto de trabajo...

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>

3. Si la respuesta a la pregunta 3 es afirmativa, ¿qué persona u organismo le ha informado? (Puede indicar una o varias de las opciones).

1- Compañero de trabajo	<input type="checkbox"/>
2- Supervisora de enfermería	<input type="checkbox"/>
3- Jefe de servicio/Unidad	<input type="checkbox"/>
4- Dirección de enfermería	<input type="checkbox"/>
5- Dirección médica	<input type="checkbox"/>
6- Sindicatos	<input type="checkbox"/>
7- Otros	<input type="checkbox"/>

4. De quién considera que ha obtenido una información más válida respecto a las Unidades de Gestión Clínica...

	1 (nada válida)	2	3	4	5 (muy válida)
1- Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>				
2- Supervisora de enfermería	<input type="checkbox"/>				
3- Jefe de servicio/Unidad	<input type="checkbox"/>				
4- Dirección de enfermería	<input type="checkbox"/>				
5- Dirección médica	<input type="checkbox"/>				
6- Sindicatos	<input type="checkbox"/>				
7- Otros	<input type="checkbox"/>				

5. ¿Ha buscado información por su cuenta sobre el tema?

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>

6. La puesta en marcha de las Unidades de Gestión Clínica, según Ud., ¿qué impacto tendría para cada uno de los siguientes grupos implicados?

Grupo implicado	Grado de impacto				
	1 (nulo)	2	3	4	5 (muy positivo)
1- Médicos					
2- Enfermeros					
3- TCAEs					
4- Ciudadanos					
5- Gestores-Directivos					
6- Políticos					

7. ¿Qué impacto para la mejora de la atención especializada de León, tendría la puesta en marcha de las Unidades de Gestión Clínica?

1 (nulo)	2	3	4	5 (muy positivo)

8. Indique su opinión sobre su predisposición y actitud, para incorporarse a una Unidad de Gestión Clínica.

Disposición/actitud	SI	NO	NS/NC
¿Considera que su equipo estaría interesado en incorporarse/formar parte de una Unidad de Gestión Clínica			
¿Estaría Ud. interesado/a en incorporarse/formar parte de una Unidad de Gestión Clínica			

9. Según el Decreto 57/2014, de 4 de diciembre, por el que se regula la constitución y funcionamiento de Unidades de Gestión Clínica del Servicio de Salud de Castilla y León, la Dirección de la Unidad de Gestión Clínica recaerá en el ámbito de la atención especializada, en un profesional sanitario que disponga del nombramiento de Jefe de Servicio, Jefe de Sección o responsable de Unidad. ¿Cuál es su opinión al respecto?

	1 (nada de acuerdo)	2	3	4	5 (muy de acuerdo)
La Dirección de la Unidad, debe recaer en el profesional mejor capacitado para el puesto, independientemente de su categoría profesional (médico, enfermero, etc.)					
La Dirección de la Unidad debe recaer siempre en un médico, ya que la dirección y evaluación del desarrollo global del proceso asistencial corresponde al médico					

10. ¿Cree que es posible que el Decreto vigente sobre unidades de gestión clínica, pueda ser completado en un futuro?

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>

11. Si la respuesta la pregunta 10 es afirmativa, cree que es posible que el Decreto vigente pueda propiciar en el futuro:

Modificaciones	Grado de posibilidad					
	0 (imposible)	1	2	3	4	5 (muy posible)
La modificación del régimen estatutario						
La capacitación del Director de Unidad para contratar al personal directamente (obviando las bolsas de trabajo oficiales)						
El fomento de prácticas privatizadoras						

12. ¿Cree que es necesario impulsar la gestión clínica en el Sistema Nacional de Salud?

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>
3- NS / NC	<input type="checkbox"/>

13. ¿Conoce otro tipo de sistema de autogestión clínica?

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>

14. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿qué modelo de autogestión clínica cree que puede ser más útil para su organización?

15. ¿Considera que, en su ámbito de trabajo, sería posible mejorar la calidad y la eficiencia si se transfiriera capacidad de gestión a los profesionales?

1- Si	<input type="checkbox"/>
2- No	<input type="checkbox"/>

Ha terminado de contestar el cuestionario. Si considera necesario aportar e incluir alguna opinión, observación o comentario puedes hacerlo en el recuadro.

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y SU VALIOSA APORTACIÓN.

Bibliografía

- Cequier, A. y Ortega, B. (2015). Niveles de gestión clínica. *Revista Española de Cardiología*, 68(6), 465-468.
- Ortún, V. (2003). *Gestión clínica y sanitaria: de la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson.
- Repullo, J. R. (2014). Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 62-68.
- Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M. y Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.
- Sancho, J. L., Sanz, M. C. y de Asís Jove, F. (2001). *Gestión clínica en los centros del INSALUD*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Disponible en: http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/gestion_clinica.pdf.
- Torres, J. y Mingo, C. (2015). Gestión clínica: Bases fundamentales y organización. *Archivos Españoles de Urología*, 68(1), 6-13.
- Villarías, A. L., Díaz, C. A., Prieto, M., Suárez, R., Mola, P., & Navia, J. M. (2011). Unidades de gestión clínica en Atención Primaria. Calidad y eficiencia como motor de cambio. *Premios Profesor Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 9, 13-27.