

Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna

A. DEL CASTILLO RUEDA, J. DE PORTUGAL ÁLVAREZ

*Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Madrid*

*THECNICAL PROJECT OF MANAGEMENT AND FUNCTIONING OF
THE INTERNAL MEDICINE UNIT*

RESUMEN

Los Servicios de Medicina Interna tiene un papel central en la atención médica de nuestro sistema hospitalario tanto por el volumen de enfermos atendidos como por la variedad de los mismos, reflejo de la preparación y polivalencia de sus profesionales. La actual normativa sobre cobertura de jefaturas de servicio exige la presentación de un proyecto de gestión que debe poner a prueba nuestros conocimientos, habilidades y aptitudes para la gestión clínica y sanitaria y para poder reflejarlos en un documento de compromiso con la dirección y con nuestros compañeros que forman parte de la unidad asistencial. El responsable del servicio, como jefe, gestor o líder, es quien debe marcar las líneas estratégicas, señalar los objetivos, definir los proyectos, coordinar las tareas y evaluar los resultados con propuestas alternativas para obtener objetivos pactados controlando las desviaciones. Nuestro compromiso profesional y social es, compartiendo gestión clínica con ética, calidad y seguridad asistencial, ofertar a nuestros pacientes (consumidores o usuarios) los mejores resultados posibles (efectividad), con medidas útiles (eficacia) y con los menores inconvenientes y costes (eficiencia). El objetivo de este trabajo es ofrecer los elementos necesarios para la realización e implantación de un proyecto de gestión clínica en un Servicio de Medicina Interna, resaltando su metodología y los problemas más importantes que se nos pueden plantear así como las posibles alternativas asistenciales.

PALABRAS CLAVE: Medicina Interna. Proyecto gestión. Gestión clínica. Ética. Calidad. Eficiencia.

ABSTRACT

The Internal Medicine Services have a central role in the medical attention of our hospital system so much as patients' volume attended like as their variety, reflex of the preparation and polyvalency of their professionals. The current regulation on coverage of service headquarters demands the presentation of a management project that must test our knowledges, skills and aptitudes for the clinical and sanitary management in order to reflect them in a document of commitment with the direction and with our fellows who are a part of the welfare unit. The person in charge of the service, as boss, agent or leader, is the one who must mark the strategic lines, to indicate the aims, to define the projects, to coordinate the tasks and to evaluate the results with other offers to obtain agreed aims controlling the different points of view. Our professional and social commitment is, sharing clinical management with ethics, quality and welfare safety, to offer our patients (consumer or users) the best results (effectiveness), with useful measurements (efficacy) and with the minors drawbacks and costs (efficiency). The aim of this work is to offer the elements that are necessary for the accomplishment and introduction of a project of clinical management in a service of internal medicine, highlighting its methodology and the most important problems than can arise as well as the possible welfare alternatives.

KEY WORDS: Internal Medicine. Project management. Clinical management. Ethics. Quality. Efficiency.

Del Castillo Rueda A, De Portugal Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 31-38.

INTRODUCCIÓN

La Medicina Interna (MI) es la especialidad médica de carácter preferentemente hospitalario de más larga tradición. Los internistas se forman bajo el principio de que ninguna enfermedad o problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Esta actitud favorece la participación activa en la mayoría de los retos asistenciales: gestión

sanitaria y clínica, creación y desarrollo de las diferentes especialidades médicas y atención a nuevas áreas asistenciales. El médico internista como garante de la atención integral en el entorno hospitalario es decisivo para favorecer una atención sanitaria centrada en las necesidades globales de la persona y es capaz de mantenerse como referente ante enfermedades específicas o nuevas (1,2). En la práctica asistencial existen diversos factores condicionantes como la variabilidad en la práctica clí-

Trabajo aceptado: 19 de mayo de 2003

Correspondencia: Alejandro del Castillo Rueda. Servicio de Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid. e-mail: acr@ya.com

nica, las crecientes expectativas ciudadanas, la gran innovación tecnológica y el marco económico de los servicios públicos, cuyo manejo y control justifica la existencia necesaria de la gestión de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos (3). Los recursos existentes para sufragar el gasto sanitario son limitados y no pueden crecer de manera indiscriminada (4) y, además, las demandas de los ciudadanos van a seguir creciendo ante el envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías (5). Admitiendo el desequilibrio entre demanda y recursos públicos disponibles lo que puede llevar a que la medicina sea económica y políticamente insostenible, la respuesta a estos problemas no debe centrarse sólo en intentar mejorar la eficiencia del sistema con medidas organizativas, de gestión y de productividad -simples medios-, sino en los fines, en los objetivos de la medicina fuera de los habituales de vencer a cualquier enfermedad y evitar la muerte con la utilización de recursos suficientes y tecnología adecuada, lo que supone un sesgo hacia la curación en detrimento del cuidado (6).

Las unidades de Medicina Interna son servicios hospitalarios básicos que se integran en los hospitales de todos los niveles. Su intervención queda pues condicionada por el tamaño del hospital y el área que atiende, clasificándose así en básicos, de referencia o de alta tecnología o en nivel A (con menos de 250 camas), nivel B (entre 251 y 599 camas) y nivel C (con 600 o más camas). En cualquier nivel de actuación siempre el Servicio de Medicina Interna es el que más enfermos atiende dentro de las especialidades médicas, mas aún cuando el hospital es más pequeño (desde el 26% del total de altas médicas hasta el 8,5%) donde también la estancia media es menor (estancia media bruta desde 10,1 hasta 14 días) (7,8). Las otras especialidades médicas aportan fundamentalmente procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos por lo que la atención al paciente durante su hospitalización puede depender exclusivamente de los internistas que recurrirán a otras especialidades tan sólo a la hora de precisar algún procedimiento o como interconsulta ante problemas concretos, siempre de acuerdo con el modelo hospitalario y sus características. En cualquier caso es preciso definir el peso relativo asistencial de la Medicina Interna en un determinado hospital sobre el porcentaje de altas previstas y en relación con el resto de servicios médicos que puedan existir para comenzar a dimensionar el servicio y sus necesidades de recursos humanos y técnicos.

Presentamos en un diseño de proyecto de gestión (9) que debe enmarcarse en la misión y visión dada por los responsables del hospital, en sus estatutos, dotación, cartera de servicios, actividad prevista y estructura organizativa disponible, lo que un Servicio de Medicina Interna y los profesionales que lo componen deben ofrecer, conociendo y en el marco de la Ley de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (10) y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (10b).

CARTERA DE SERVICIOS, PRESTACIONES Y CAMPO DE ACCIÓN

El Servicio de Medicina Interna tiene como misión la atención integral especializada de los enfermos de Medicina Interna con especial atención a los procesos médicos más frecuentes que afectan a la población adulta del entorno o área asistencial asignada. Aspectos esenciales son la capacidad

integradora, el interés por la epidemiología y la prevención, así como el contenido docente e investigador, todo ello dentro de un contexto ético, de calidad y de seguridad (11-13). Los médicos de la unidad deben estar capacitados para la atención de: a) pacientes sin diagnóstico preciso o no evidente, con procesos no focalizados en un órgano o sistema o síndrome febril, enfermedades complejas o de difícil diagnóstico y sistémicas; a) enfermo pluripatológico (suponen el 20% de la actividad hospitalaria); c) personas mayores o de edad avanzada en situación de enfermedad aguda o crónica agudizada (un mínimo del 50% de ingresos hospitalarios se trata de pacientes mayores de 65 años); d) pacientes ingresados en unidades especiales con enfermedades infecciosas, autoinmunes sistémicas, tromboembólica venosa, hemopatías, de riesgo vascular, metabólicas, hepatopatías, etc.; e) enfermos en la fase paliativa de la enfermedad; f) pacientes que presentan una emergencia o requiere atención urgente; g) pacientes ingresados en las nuevas áreas desarrolladas como alternativas a la hospitalización convencional o tradicional (*corta estancia, hospital de día, hospital de semana, hospital de noche, hospitalización domiciliaria, etc.*); h) pacientes quirúrgicos con problemas médicos; e i) pacientes con enfermedades raras, sin una especialidad bien definida a la que referir en el centro hospitalario.

Para diseñar el servicio es necesario conocer, en análisis comparado, los indicadores de estructura demográfica del área asignada considerando índices como el de masculinidad, dependencia infantil y porcentaje de mujeres en edad fértil, dependencia de ancianos y de envejecimiento. Esta realidad demográfica es la causa del envejecimiento de la población atendida, probablemente más evidente en los servicios de MI, y que se asocia a una mayor morbilidad. Las personas mayores hospitalizadas presentan problemas específicos con diferencias significativas respecto a los pacientes más jóvenes: dificultades diagnósticas, efectos iatrogénicos, utilización inadecuada de métodos diagnósticos y terapéuticos, dificultades al alta por pérdida de capacidades físicas y/o mentales, estancias más prolongadas, mayor mortalidad y mayor carga de cuidados con mayor demanda de recursos humanos. El grupo de los denominados pacientes geriátricos, mayores de 75 años, es el de mayor riesgo para que se den los problemas específicos antes mencionados (14).

En los hospitales de mayor tamaño, el desarrollo de las otras especialidades médicas determina que el tipo de paciente ingresado en MI corresponda a un enfermo complejo, con varios trastornos y tendencia a la comorbilidad y a un mayor consumo de recursos hospitalarios frente a los hospitales de menor tamaño cuyos servicios de MI atienden casos menos complejos con menos comorbilidad, complicaciones y mortalidad y sus pacientes se resuelven con estancias medias menores (7).

De cómo tratamos a nuestros pacientes y si estamos en línea con el cumplimiento de objetivos nos informa el análisis de la casuística atendida en la hospitalización y los indicadores de actividad basados en los grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), clase o categoría asignada según el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y comparación con el estándar. Las patologías que mayor impacto tienen en un consumo relativo de estancias suelen ser debidas a diversas patologías de aparato respiratorio, la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebro vascular: son los GRDs más frecuentes y a

los que tendremos que prestar mayor atención y seguimiento en la consecución de objetivos asistenciales.

En los servicios de Medicina Interna, el procedimiento diagnóstico fundamental es el recogido en la CIE-9-MC como 89.0 Entrevista, consulta y evaluación diagnósticas, con sus diversas variantes (89.01 a 89.09). Aparte se realizan otros procedimientos manuales o técnicas diagnósticas y/o terapéuticas como artrocentesis, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar...

Aunque en algunos centros los internistas realizan procedimientos en los que el centro es deficitario como holter de tensión arterial, biopsia hepática con control ecográfico, ecografía articular, densitometría, doppler, etc., estas técnicas sólo deben realizarse por necesidad para paliar una carencia y la solución natural debería pasar por la incorporación a los centros del especialista correspondiente. Algunos jefes de servicio mantienen que el apuntalamiento y mejora de la especialidad pasa por el aprendizaje y adquisición de destrezas de las llamadas pruebas especiales con lo que se puede perder la verdadera técnica del internista que reside en su versatilidad para el manejo de enfermos complejos y su diagnóstico y en el caudal inapreciable de credibilidad que le confieren su rigor y destreza semiológicos y propedéuticos (15,16).

PREVISIÓN DE ACTIVIDAD

Gestionar implica antes que nada planificar, para posteriormente organizar, dirigir y controlar lo previsto. El servicio es una unidad de gestión que debe tener sus productos bien definidos, sus clientes y sus proveedores y su cuenta de resultados. La previsión de actividad se basa en el análisis externo (marco demográfico, social y sanitario; demanda asistencial; evolución tecnológica y atracción asistencial de la unidad) e interno (cartera de servicios, relación con otros servicios) y se debe conocer también el ámbito de atención (censo población), cartera de servicios, dotación y resumen de la actividad prevista en el Hospital. En cualquier caso el proyecto debe recoger una valoración de la actividad en los ámbitos asistencial, docente, investigador y de calidad (17-19):

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Se realiza en las áreas de hospitalización, consultas externas, hospital de día y urgencias.

—*Hospitalización*: la hospitalización es la actividad más costosa, 57,66% de los costes de los centros de agudos corresponde a ella, siendo las consultas externas (17,25%) y la urgencia (12,81%) las siguientes fuentes del gasto (20).

El número de altas en Medicina Interna que define la carga asistencial de la unidad, oscila según hospitales y niveles entre el 8,5% (hospitales terciarios) y el 26,4% (hospitales de primer nivel) del total de las registradas en los respectivos centros (7). Este dato es clave a la hora de proyectar la actividad del servicio de acuerdo con las características del hospital y la existencia de otros servicios médicos que pueden implicarse en la asistencia o ser sólo servicios proveedores de exploraciones complementarias. La actividad se debe valorar por la estancia media bruta, media aritmética de la estancia, o relación entre el número de estancias y el de ingresos durante un periodo determinado, como mínimo mensual (21). Poste-

riormente, tras los datos obtenidos a través de los GRDs valoraremos el IEMA (índice de estancia media ajustada por la casuística y el funcionamiento). Estos resultados deben ser ofrecidos por la Dirección y es preciso confeccionar un cuadro de mandos para monitorizar, evaluar y mantener bajo control, en periodos mensuales, los indicadores a seguir entre los que no deben faltar los referentes a presupuesto y gastos, actividad y calidad (22,23).

En el diseño de la unidad se debe utilizar la siguiente fórmula que correlaciona los tres factores que influyen en su funcionamiento: el número de altas, la estancia media y la ocupación deseadas en la siguiente fórmula: $e = (c \times t \times I_o) / em$ (donde e es el número de pacientes que ingresan en un centro en un periodo de tiempo determinado, c el número de camas, t el periodo de tiempo considerado, I_o el índice de ocupación o tanto por ciento de camas ocupadas respecto al total de camas disponibles y em la estancia media) (24). Con esta fórmula se obtiene el aforo necesario para cumplir objetivos de estancia según el número de ingresos previstos, suponiendo un objetivo de ocupación, menor del 100%, y durante un tiempo determinado.

—*Consultas*: las nuevas formas de gestión permiten diferenciar distintas consultas: la clásica para pacientes nuevos, revisiones y resultados y las nuevas denominadas de alta resolución. Para diseñar una consulta sin históricos, y a efectos de cálculos, se puede plantear que cada alta hospitalaria se correlaciona, que no quiere decir que ocasione, 2 consultas externas totales y que la relación ideal de primeras consultas/consultas sucesivas es de 1/3, con lo que conocidas las altas se puede diseñar el número de consultas previstas que es de esperar se generen. Para conocer el número de módulos de consulta necesarios se programará la actividad considerando que una primera consulta ocupa una hora y las sucesivas un cuarto de hora. La consulta única o de alta resolución es una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales (25) y la consulta de orientación de pacientes es una iniciativa para reducir listas de espera (26).

—*Interconsultas y hospital de día*: las interconsultas que se esperan recibir en el diseño de un servicio de nueva creación se pueden cifrar, a efectos de cálculos, en el 15% de las altas y el tiempo destinado a cada se calcula en 30 minutos.

El hospital de día, como alternativa a la hospitalización tradicional, debe ser utilizado por los internistas con el fin de aumentar las cifras de ambulatorización y para el cálculo de pacientes posibles a tratar se iguala al número de interconsultas, admitiéndose un tiempo de dedicación diaria a cada asistencia de 1 hora.

—*Guardias/urgencias*: la atención continuada exige la participación de un internista en la atención de los pacientes ingresados y en la urgencia hospitalaria con el fin de adecuar los ingresos durante todo el día, por lo que al menos un médico del servicio debe integrarse en estas funciones, tanto en la atención de interconsultas urgentes durante la jornada de trabajo como en las horas consideradas como de guardia de presencia física.

—*Hospitalización domiciliaria*: el desarrollo de estas unidades, conocido como camas fuera del hospital, ha sido un realidad gracias generalmente a internistas, aunque suelen depender de la dirección y no están integradas en los servicios de MI. Su actividad, junto con la del hospital de día, se integra en el índice de ambulatorización.

ACTIVIDAD DOCENTE

La especialidad de Medicina Interna, precisamente por su proceder clínico, está en la mejor disposición para la formación global de otros especialistas para que en un mundo tecnológico no se pierdan los valores clínicos, éticos y la atención integral. Tanto la investigación como la docencia se realizarán en función de la asistencia y, dependiendo del tipo de hospital tendrán mayor tiempo de dedicación a expensas del tiempo asistencial. Las líneas de actuación se dirigen a:

1. *Formación de pregrado*: participando en la formación de médicos y diplomados de enfermería y fomentando la misión docente del Centro.
2. *Formación de postgrado*: acreditación docente para la formación de médicos residentes en las distintas especialidades médicas bien como base fundamental en las de Medicina Interna y Medicina de Familia y como inicio genérico en el resto.
3. *Formación de postgrado de tercer ciclo*: desarrollo de programas de doctorado, acreditación de cursos de doctorado e incremento en el número de doctores.
4. *Formación continuada*: ofrecer actividades en este ámbito que satisfagan las necesidades de los profesionales y garanticen una adecuada opción formativa tanto asistencial como de investigación clínica, gestión e incluso informática o idiomas.
5. *Aula de salud* dirigida al conjunto de ciudadanos con programas de educación para la salud.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Esta es una actividad fundamental complementaria de la asistencial, que sirve de apoyo y sustento y que le proporciona aspectos de mejora de la calidad asistencial e incremento de la producción científica. Esta actividad se dirige a dar respuesta de manera prioritaria a los problemas asistenciales propios más relevantes, aunque si el hospital lo permite por su nivel universitario debe abordar estudios de investigación de tipo observacional o experimental. Las actividades a realizar deben ser:

1. *Sesiones clínicas*: revisión de casos clínicos, casos problema, bibliográficas, generales del hospital y sesiones con metodología de medicina basada en la evidencia (MBE).
2. *Investigación clínico-epidemiológica y biomédica* con definición de líneas de actuación y búsqueda de la financiación de proyectos.
3. *Comunicaciones y asistencias* a congresos y publicaciones en libros, monografías y revistas.

ACTIVIDAD DE CALIDAD

Para poner en práctica la orientación al paciente y su participación en la toma de decisiones, el hospital debe disponer de información actualizada de sus opiniones sobre la asistencia sanitaria recibida y de la evolución de los servicios que le presta a la sociedad. La satisfacción del paciente depende de la diferencia entre sus expectativas y sus percepciones de cómo ha sido atendido. En Medicina Interna, los principales objetivos de calidad son dos: a) reducir la estancia media o adecuarla al funcionamiento y casuística; y b) evitar las listas

de espera en consultas externas aumentando el número de primeras consultas. La actividad de calidad se realizará a través de líneas de actuación para mejorar la asistencia orientada al usuario, dentro del marco legal de las nuevas leyes de autonomía (10) y de cohesión y calidad (10b) e incluyen:

1. Elaboración de vías clínicas para los GRDs más frecuentes así como el análisis de la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias en los GRDs con estancias más desviadas del estándar. Las vías clínicas (27) son planes asistenciales que se aplican a pacientes con una determinada enfermedad y que se realizan bajo consenso con los servicios y personal sanitario implicado. Sin embargo, se sabe que la adhesión de los profesionales a las vías clínicas es escasa porque fallan tanto los incentivos como la evaluación, acreditación y difusión de los documentos.

2. Las *guías interniveles*, de reciente incorporación como recurso de gestión para procesos que deban ser atendidos en distintos niveles asistenciales, permiten un mejor control de las patologías en la atención primaria y en consecuencia una reducción de los ingresos en el hospital. Recogen patologías prevalentes en la atención primaria que, en determinados momentos, pueden generar ingresos en otros niveles asistenciales como el hospitalario o el sociosanitario.

3. Control del gasto farmacéutico, conociendo el gasto previo real, observar la evolución del mismo, e intentar con el consenso de todos los miembros del servicio reducirlo en aquellos capítulos de mayor gasto o desviación.

4. Consentimiento Informado en el 100% de los procedimientos usuales como realización de biopsias, transfusiones, etc; en el resto de procedimientos invasivos o quirúrgicos únicamente la vigilancia del cumplimiento por parte de los diferentes Servicios implicados. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios(10).

5. Elaboración de un plan de acogida al paciente para evitar la sensación de desamparo del enfermo y sus familiares al ingreso y que incluya información tanto oral como escrita a cerca de derechos y deberes, pautas iniciales, procedimientos previsibles y tiempo de estancia con informe de prealta y entrega al alta del informe clínico en horario convenido, preferentemente antes de las 12 horas.

Para el seguimiento de los objetivos de calidad se utilizarán encuestas a los pacientes y sus familiares que valoren las actuaciones así como los índices de reingresos, mortalidad, reclamaciones, altas voluntarias, autopsias, reacciones adversas a medicamentos, infecciones nosocomiales, caídas intrahospitalarias, úlceras por presión, índice de codificación de historias, calidad del informe de alta, etc.

Recientemente se considera importante mejorar la atención sanitaria en términos de seguridad mediante la prevención de accidentes asistenciales e introduciendo métodos de análisis de accidentes y errores, formación e investigación para su prevención. La primera alerta de seguridad es la inadecuada identificación de pacientes, con estrategias de mejora con la utilización del brazalete identificativo y de un sistema de código de barras (12).

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Para desarrollar los planes y alcanzar los objetivos, de acuerdo con las previsiones anteriores y el marco de la misión

del Hospital, son necesarios los siguientes recursos:

1. *Humanos*: personal facultativo, de enfermería y auxiliar, administrativo y otro personal no sanitario. En la práctica habitual se suele mantener la relación de un facultativo por cada 6 camas, incluyendo en su labor la atención al resto de las áreas asistenciales como consultas. Sin embargo para diseñar un servicio y el personal necesario, es preciso definir las cargas de trabajo y la carga horaria de cada función de acuerdo con consensos y conociendo la jornada laboral y la dedicación así como la tendencia actual de objetivo laboral de dedicación de 35 horas semanales.

El jefe de servicio debe atraer, retener y fomentar la interacción y los mejores recursos humanos, así como demostrar su capacidad para formar equipos y que estos sean los mejores en términos de competitividad e innovación (28,29).

Los nuevos sistemas de gestión han llevado a los médicos a una importante desmotivación considerándonos como simples piezas de un sistema de producción y siendo un grupo de riesgo para el desarrollo del síndrome del *burn out* o del profesional quemado (5). Las condiciones para la motivación son las metas en el trabajo y el conocimiento de los resultados. Las políticas de motivación, aparte de que sea indispensable revisar los salarios de los médicos como un elemento clave para su motivación, incluyen que desde la jefatura se consideren las individualidades, desarrollo de la autoestima y, en concreto, favorecer las estancias formativas en hospitales punteros, y liberar parte de la carga asistencial, de forma rotatoria, para facilitar la investigación y las publicaciones científicas en orden a favorecer la carrera profesional (16).

2. *Materiales*: incluyen la sala de hospitalización, con un número de camas de acuerdo con las necesidades definidas, aunque la Medicina Interna suele tener periféricos o cargos en otras áreas, y además, sala de reuniones, despachos médicos y secretaría (parece un esfuerzo deseable para la gerencia que, cuando menos a jornada parcial el servicio disponga de un auxiliar administrativo). Es preciso definir por tiempos y cargas de trabajo el número de locales de consulta necesarios, así como los puestos en el hospital de día, si el centro dispusiera de él. Para el desarrollo de una actividad asistencial adecuada es necesario un carro de paradas con laringoscopio por cada planta de hospitalización, así como monitor, desfibrilador, pulsioxímetro, electrocardiógrafo y otro tipo de material médico de exploración (fonendoscopio, oftalmoscopio, otorinoscopio...) así como material informático de acuerdo con la dotación y estructura hospitalaria para facilitar las funciones asistenciales del personal facultativo.

MODELO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL: ÁREAS DE ACTIVIDAD Y CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN

Las áreas de actividad asistencial quedan definidas en dos grandes apartados: hospitalización y consultas, incluyendo en este último consulta externa, interconsultas y hospital de día, asimismo debe considerarse la actividad programada habitual y la generada por urgencias en horario de trabajo como interconsulta o la guardia de presencia física, considerado como tiempo extraordinario.

1. *Hospitalización*: cada ingreso se pauta en 60 minutos el primer día y en 15 minutos cada día de estancia hasta el alta. En esta valoración se incluye el tiempo de información a la familia así como para la elaboración de informes y/o certificados.

2. *Consultas externas, interconsultas y hospital de día*: para la primera consulta se estipula un tiempo de 60 minutos y para las siguientes (revisiones/resultados) 15 minutos. Para cada interconsulta 30 minutos y para cada atención en el hospital de día, 60 minutos.

Los tiempos de distribución de dedicación a las distintas labores de cada facultativo se puede establecer de la siguiente manera: a) asistencia: 68%; b) docencia e investigación 28%; y c) descanso: 4%. Con este diseño de tiempos asistenciales y los porcentajes de dedicación así como el compromiso laboral horario de cada facultativo, es posible establecer el número de facultativos necesarios para cubrir las diversas actividades. En la programación asistencial es preciso organizar la libranza de guardias, facilitar la asistencia a conferencias, congresos y actividades docentes o de investigación y la forma de cubrir contingencias no previstas de tal manera que cualquiera de estas circunstancias no suponga ningún deterioro en el normal funcionamiento y cumplimiento de objetivos del Servicio.

Se elaborarán procedimientos y normas para que el trabajo se realice de una forma estandarizada: informe de alta, realización de interconsultas, programación de guardias, etc.

Cuando existan desviaciones de objetivos o como herramienta de gestión y ante la diversidad de patología y situaciones clínicas es importe valorar la puesta en marcha de alternativas asistenciales o unidades de gestión con diversos criterios y con el fin de centrar, agrupar y mejorar los recursos disponibles: a) ante desvíos de estancias y consumo de recursos: unidad de corta estancia u hospital de semana (favorecen reducción de estancias) o unidades de terciarismo (suponen el 2% de ingresos y recogen pacientes de elevado coste por uso de tecnología compleja) (30); b) unidad de cuidados paliativos para cuidar sin curar; c) unidad de pacientes mayores ante aumento etario (14); d) aumento de ambulatorización para mantener camas fuera del hospital en la hospitalización y asistencia domiciliaria; e) mejora de relación con asistencia primaria y relaciones internas: unidad de Medicina Interna de enlace o como hospitalista que maneja y trata a los pacientes ingresados (31,32); y f) disminución de la lista de espera en consultas con la puesta en marcha de consultas de orientación de pacientes (26) o mejora de la eficiencia con consulta única o de alta resolución (25).

Al margen de estas alternativas según las necesidades de gestión, se pueden crear unidades funcionales para el diagnóstico y tratamiento de problemas específicos con la participación de internistas para el manejo integral de ciertas patologías que optimizan recursos y reducen costes hospitalarios: clínicas de insuficiencia cardiaca (33), ferropatología (34), lípidos, factores de riesgo cardiovascular, etc.

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

La gestión clínica pretende optimizar los resultados de la actividad clínica, permitir que los profesionales tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de los resultados asistenciales y la búsqueda de la satisfacción del paciente. Implica una transferencia de riesgos a los Servicios desde la Dirección con la posibilidad de ganar o perder en función de los resultados.

Entre las diferentes formas de gestión, la modalidad más conocida es la dirección por objetivos (DPO), sistema que engloba los procesos de previsión y control de gestión

mediante la descentralización en centros de responsabilidad que marquen sus propios objetivos y se les evalúe racional y equitativamente en base a los logros alcanzados (35,36). Las bases conceptuales de la gestión clínica entroncan con los fundamentos éticos de la medicina de alcanzar la mayor excelencia profesional de los médicos y lograr los mejores cuidados sanitarios posibles para los enfermos (principio éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) (11). Por fin, el proyecto de gestión tiene muchos puntos en común con un programa de calidad ya que la gestión clínica y la calidad persiguen lo mismo: hacer bien el trabajo (37). La gestión de calidad total supone la búsqueda de la excelencia, ligada a la competitividad, en todo lo referente a resultados y rendimientos de una organización mediante la autoevaluación, resaltando puntos fuertes y áreas de mejora y contrastándolo con un modelo de excelencia: el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) que se usa como base para el diagnóstico del sistema de gestión (38).

El nivel de actuación de los facultativos es el de la microgestión o gestión de la asistencia sanitaria individual, donde se basa la eficacia. El objetivo es mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes. Debe centrarse en los procesos más frecuentes o más relevantes por algún criterio clínico (gravidad, consumo de recursos, etc.) ya que un número limitado de procesos constituye un alto porcentaje de los ingresos y en ellos debe centrarse la gestión de la unidad. La metodología consiste en elaborar o adaptar guías de práctica clínica basada en evidencias científicas y evaluación tecnológica (sensibilidad, especificidad y valor predictivo).

El segundo nivel de actuación es el de los procesos asistenciales y del Servicio y tiene que ver con la efectividad o medida en la que se consiguen los objetivos ideales e incluye mejora de la gestión de los procesos tanto asistenciales como administrativos, es la mesogestión. El objetivo es la mejora de los resultados de la práctica clínica y la responsabilidad es del Jefe de Servicio. Cada unidad debe determinar qué la define, cómo puede contribuir a la mejora del proceso y en qué fase puede mejorar (estancia media, demoras, reingresos, criterios de derivación, etc.) y cómo mejorar la continuidad asistencial y la atención integral desde la perspectiva del paciente. La metodología consistirá en la gestión y mejora de procesos, análisis de utilización de recursos y de resultados clínicos, protocolos y procedimientos, métodos de uso apropiado y técnicas de mejora continua de la calidad.

El tercer nivel es el de gestión del servicio o de la utilización de recursos. Es el nivel de responsabilidad sobre la eficiencia o relación entre beneficios obtenidos y costes empleados. El objetivo es la optimización de costes buscando la eficiencia para conseguir la equidad, es la macrogestión. La metodología, los sistemas de control de gestión, medida y evaluación de la actividad, análisis de las desviaciones, evaluación tecnológica (coste-efectividad) e innovaciones de la organización y de gestión (11).

Para la realización de un plan de gestión, que actúe como un lenguaje común, como un estímulo, entre los clínicos, la dirección y los pacientes, se deben considerar y conocer los siguientes elementos (3,21):

1. *Características de producción de la unidad:* a) cartera de servicios; b) validación del CMBD; c) GRDs con mayor ganancia potencial de estancias (representa las oportunidades de mejora de la eficiencia en el uso de las camas y demás recursos asistenciales); d) comparación con el estándar; e)

benchmarking (comparación con otras unidades similares: qué hacen y cómo lo hacen para aprender y aplicarlo); y f) análisis de la actividad ambulatoria, hospital de día y de domicilio.

2. *Análisis organizativo:* a) identificación de clientes a los que se dirige el servicio y de sus necesidades y expectativas, tanto internos como externos; b) análisis y control de los procesos asistenciales: guías de actuación/gestión de procesos, normas, procedimientos o protocolos; y c) análisis de las cargas de trabajo y de la organización del servicio con el objetivo de optimizar los recursos humanos y tecnológicos.

3. *Análisis de la práctica clínica:* a) previsión de actividad (ingresos, consultas, número y tipo de exploraciones complementarias, sesiones clínicas, publicaciones, trabajos científicos...); b) elaboración de guías de práctica, vías o protocolos del proceso diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías que incluyan, al menos, el 80% de los casos; y c) implantación de un sistema de calidad: identificación, diseño, desarrollo y monitorización de indicadores y estándares por patología y técnica diagnóstica según servicios: mortalidad, infecciones nosocomiales, complicaciones, secuelas, úlceras por presión, flebitis, demoras, tiempos de respuesta, reclamaciones/quejas de los clientes, etc.

4. *Análisis de utilización de recursos:* a) uso racional de pruebas diagnósticas, de la tecnología y de la terapéutica farmacológica.

5. *Desarrollo de un sistema de control de gestión del servicio para el seguimiento y evaluación:* a) presupuesto de la unidad: gastos y actividad; b) sistema de análisis de las desviaciones presupuestarias; c) cuadros de mando de la actividad, calidad y costes: conjunto de indicadores que nos permiten valorar la evolución de la unidad clínica y corregir; d) evaluación del desempeño de los profesionales miembros de la unidad; y e) sistema de incentivos.

6. *Criterios de atención ética:* es el compromiso de la unidad con sus pacientes y los ciudadanos en general con actuaciones como: accesibilidad al servicio, información a enfermos y familiares, seguridad de los pacientes, tratamiento de pacientes críticos y comunicación interna.

RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS Y UNIDADES

La actividad clínico asistencial es un conjunto de relaciones que se rigen por principios de tipo cliente-proveedor (médico-paciente y médico-organización) (39) identificándose los siguientes elementos, funciones y relaciones:

1. *Un cliente externo:* el paciente que actúa como sujeto del acto médico y que aporta: a) un motivo, solicitud, necesidad o problema (usuario) y b) una función proveedora de información (consumidor).

2. *Un cliente interno,* generalmente el médico, a veces la enfermera, responsable de ese proceso.

3. *Cuatro bloques de proveedores:* a) información clínica (laboratorios, rayos, interconsulta, tratamiento...); b) cuidados y evolución: enfermería; c) recursos: dirección (proveedora industrial); y d) organización: dirección (optimización, eficiencia y coordinación).

Todos somos clientes y/o proveedores dentro y fuera de la organización: es la filosofía de cliente-proveedor en las relaciones interservicios del Hospital. Actuando como proveedores, los Servicios de Medicina Interna pueden disponer de una

unidad o sección de Medicina de Consulta, Interconsulta y Enlace, a imagen y semejanza de las denominadas por los psiquiatras como Psiquiatría de enlace y que consiste en un grupo de internistas que cubren las labores asistenciales mencionadas pero fuera del aforo propio del servicio así como las relaciones tanto internas como externas, pudiendo acercarse a lo que hoy en el mundo anglosajón se conoce como *internista hospitalista* (32). Atenderá medicina ambulatoria en consultas externas, seguimiento de pacientes en el área mediante contacto con médicos de atención primaria y realizará inteconsultas intrahospitalarias que se generen desde otros servicios así como la atención de los pacientes enviados al hospital de día para la realización de procedimientos o tratamiento que no precisen ingreso hospitalario pero que no puedan realizarse de forma ambulatoria, contactando al alta con su médico de atención primaria y así conseguir la continuidad de cuidados.

Actuando como cliente el servicio precisará de la provisión de exploraciones complementarias analíticas, de imagen, citologías y biopsias, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, así como la atención de pacientes en situaciones críticas (Medicina Intensiva) o de Urgencias, siendo además proveedor de estos servicios.

El internista ejerce una función de integración y armonización de la práctica clínica en el área médica. Su papel no se limita al de coordinación y distribución, lo que debe hacer en algunas patologías, sino que ha de asumir responsabilidad asistencial plena respecto a sus pacientes, consultando con otros especialistas cuando sea necesario.

Dadas las características universales y globales de la especialidad en cuanto a la atención a los pacientes con patología médica y la existencia de otras especialidades que poseen algún procedimiento diagnóstico y/o terapéutico se plantea la necesidad de definir la pertenencia y responsabilidad de la atención en ciertas patologías por lo que será preciso definir protocolos de actuación en estos procesos según peso específico de cada servicio en la hospitalización y capacidad asistencial. El paciente puede quedar a cargo de Medicina Interna que demandará exploraciones complementarias al resto de especialidades.

El desarrollo de especialidades médica tienden a recortar funciones de la Medicina Interna pero se deben buscar relaciones que mejoren la atención del paciente en base a la formación en la atención integral y que debe motivar al internista a la formación continuada para la adquisición de habilidades técnicas y/o sociales. La asistencia sin curación ha sido inicialmente liderada por los oncólogos, sin embargo los internistas debemos atender a los pacientes con patología no oncológica y que precisan alivio del dolor u otros síntomas. La atención del paciente mayor es otro ejemplo de dedicación y disposición fundamentalmente en aspectos sociales y alternativas como rehabilitación y asistencia domiciliaria, siendo el geriatra el encargado de valoraciones geriátricas o atención de larga estancia, asistencia domiciliaria u hospital de día geriátrico. Recientemente la necesidad de atención a pacientes en

la adolescencia ha llevado a un periodo de edad en la que se debe participar con los pediatras en la denominadas unidad de adolescentes. Por tanto las unidades de paliativos, adolescentes y mayores son sin duda focos de atención donde el internista debe desarrollar sus funciones. Además el internista como consultor o formando parte de equipos multidisciplinarios, puede participar en las distintas unidades que puedan existir en el hospital, así como en urgencias, bien en las guardias de presencia física o como consultor en el horario de trabajo

El Servicio deberá mantener relaciones extrahospitalarias con otros Hospitales o Centros Sanitarios de los que sea referente, ofertando servicios, o de los que pueda precisar demanda de los mismos, en concreto de ciertas especialidades o procedimientos de los que no disponga en hospital aunque sea solo de forma temporal, hecho no infrecuente en cualquier nivel asistencial por lo que es previsible necesitar alguna colaboración extrahospitalaria ocasional y puntual. Por fin, el servicio deberá contar con los trabajadores sociales del centro a la hora de facilitar el alta a domicilio o traslado a centros de larga estancia o socio-sanitarios,

RESUMEN DEL PROYECTO Y CONCLUSIONES

La Medicina Interna es una especialidad médica troncal de ejercicio fundamentalmente hospitalario que ofrece a los pacientes adultos una atención integral de sus problemas de salud. La Medicina Interna debe ser pionera en los objetivos bioéticos de prevención de la enfermedad, alivio del dolor, asistencia sin curación y evitación de la muerte prematura (6), que incluye curar, cuidar, rehabilitar y paliar. El internista es referente médico, guía y defensor del paciente en su compleja trayectoria por el sistema sanitario hospitalario actual. Los internistas aportan su polivalencia en hospitalización de agudos y en las urgencias, son el eje vertebrador en el hospital, ejercen funciones de consultaría en atención primaria y ofrecen aspectos innovadores en las áreas alternativas a la hospitalización convencional y en el ámbito sociosanitario.

El Servicio de Medicina Interna tiene como misión, o propósito, la atención integral especializada de los enfermos de Medicina Interna con un contenido docente e investigador acorde con las líneas marcadas en la misión del Hospital. La visión, o lo que quiere el Servicio, es tener un elevado nivel científico-técnico, competitivo y orientado al cliente a través de la implicación de todos sus miembros. Para ello deberá realizar una gestión eficiente de los recursos asistenciales con criterios de gestión clínica, ética y calidad con orientación hacia el usuario y hacia los procesos. El objetivo final es estandarizar los procesos clínicos de manera que se optimicen los recursos disponibles, se reduzcan los costes, mejoren los resultados asistenciales y se incrementen, consecuentemente, los grados de satisfacción tanto de usuarios como de profesionales.

Bibliografía

1. Comisión Nacional. Medicina Interna. Guía de formación de especialistas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 3ª ed. Madrid, 1996. p. 317-324.
2. García JM. La medicina interna al final de un siglo. Med Clin (Barc) 1996; 106: 378-379.
3. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 305-311.
4. Soto J. Medicina basada en la evidencia: una inevitable realidad para el siglo XXI. Med Clin (Barc) 1999; 113: 655-657.

5. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 222-226.
6. Quintana O. Los objetivos de la medicina. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 132-135.
7. Diez A, Tomás R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 361-367.
8. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio de la Sanidad. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 587-590.
9. Sendino M, Sendino A, Sáez JC. Elementos necesarios para la realización de un proyecto técnico de gestión. *Todo Hospital* 2001; 177: 357-360.
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, viernes, 15 de noviembre 2002, p. 40126-40132.
- 10b. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, jueves, 29 de mayo 2003, p. 20567-20588.
11. Del Llano J, Millán J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 337-338.
12. Alerta de seguridad en atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 18: 136-137.
13. Millán J. La gestión sanitaria y clínica: ¿una necesidad? ¿una moda? *Hospital General* 2003; 3: 9-11.
14. Ruipérez I. Reorganización de un hospital de agudos para atender a una población envejecida. *Revista de Administración Sanitaria* 2001; 5: 115-126.
15. Herrero F. La Medicina Interna actual. Una visión interesada. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 242-243.
16. Cardellach F. Fundamentos para la justificación de la presencia de los servicios de Medicina Interna general en los hospitales de 3er nivel. *Todo Hospital* 2003; 196: 257-268.
17. Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. 2ª ed. *Gestión* 2000. Barcelona 2002.
18. Jiménez J. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. You&Us, S.A. Madrid 1997.
19. White T. Textbook of management for doctors. Churchill&Livingstone. New York 1996.
20. Fernández C. La hospitalización es la actividad más costosa. *Diario Médico*, 21 julio 2003.
21. Miquell-Collell C, Asenjo MA. La importancia sanitaria y económica de la estancia media hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 134-136.
22. Tejedor M, Pérez JJ, García J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 125-131.
23. Urrutia I. Selección de indicadores en un hospital a través del modelo del cuadro de mando integral. *Todo Hospital* 2003; 197: 333-337.
24. Asenjo MA. El hospital como empresa. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 780-783.
25. Zambrana JL, Jiménez B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 302-305.
26. Sanchís V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandon J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp* 2003; 203: 133-135.
27. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 199-207.
28. Ordóñez A, Duque A. El liderazgo en un servicio médico. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 782-783.
29. Perona I, Marzá L. La motivación, el gran reto hospitalario. *Todo Hospital* 2002; 185: 173-177.
30. Moren P. Cataluña estudia 24 GRD para su mapa de procesos terciarios. *Diario Médico* 24 marzo 2003.
31. Manresa JM. El médico de atención primaria, el especialista ¿y el internista?. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 374-376.
32. Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 2002; 287: 487-494.
33. Pérez F. Organización de las unidades de insuficiencia cardiaca. *Todo Hospital* 2001; 173: 9-13.
34. Del Castillo A, Caño M, Khosravi P, De Portugal J. Unidad funcional de ferropatología en la gestión clínica de las enfermedades por sobrecarga de hierro. *Rev Clin Esp* 2002; 202 (Supl 1): 176.
35. Bataller E, Sánchez A, Alfonso JL, Chulia E. Control de gestión en la empresa hospitalaria. *Todo Hospital* 2002; 190: 584-589.
36. Monrás P. La gerenciacrancia, el corporativismo y la cultura participativa en las organizaciones sanitarias. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 63-65.
37. Mirá JJ, Rodríguez J, Peset R, Buil JA, Vitaller J, García A et al. Buenas prácticas para el hospital del siglo XXI. *Todo Hospital* 2002; 192: 781-787.
38. Oteo LA, Silva D, Garrido J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. *Gestión Hospitalaria* 2000; 11: 127-143.
39. Cosialls D, Gil MA. Gestión clínica. Una nueva óptica: cliente-proveedor. *Todo Hospital* 2002; 192: 761-768.

