

El «Área del Corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Una nueva forma de gestión clínica

Alfonso Castro Beiras^a, Juan L. Escudero Pereira^b, Alberto Juffe Stein^c,
Carmen María Sánchez^d y Jesús Caramés Bouzán^e

^aCoordinador del «Área del Corazón» y Jefe del Servicio de Cardiología. ^bJefe del Servicio de *Staff* de Gerencia.

^cJefe del Servicio de Cirugía Cardíaca. ^dJefa de Enfermería «Área del Corazón». ^eDirector Gerente.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.

evaluación/ gestión hospitalaria/ indicadores sanitarios/ organización sanitaria/ servicio de cardiología/ sistema de información sanitario

El presente trabajo describe el proceso de puesta en marcha del proyecto piloto de gestión clínica del Complejo Hospitalario Juan Canalejo, denominado «Área del Corazón». En un primer apartado, se explican las necesidades y razones que han llevado a emprender este proyecto. A continuación, se enumeran los objetivos estratégicos y operativos del mismo. En el apartado de «Material y métodos» desarrollamos los tres aspectos básicos del «Área del Corazón»: criterio de elección del área, estructura y funcionamiento, así como fundamentos y desarrollo. En el apartado de «Resultados», se compara la actividad del Área, desde el punto de vista asistencial, de indicadores de calidad y de costes, con la situación anterior a su puesta en marcha. Por último, bajo el epígrafe de «Conclusiones», comentamos las implicaciones más importantes que creemos que puede tener nuestro proyecto, tanto dentro de la estructura del Complejo Hospitalario Juan Canalejo como en el ámbito sanitario en general.

THE «HEART AREA» OF THE HOSPITAL COMPLEX JUAN CANALEJO. A NEW APPROACH TO CLINICAL MANAGEMENT

The present work describes the process by which the pilot project of clinical management of the Hospital Complex Juan Canalejo, designated as «Heart Area», was implemented. In the first section, the needs and reasons that led to the undertaking of this project are explained. The project's objectives and operative strategies are listed. In the Material and Methods section, three basic aspects of the «Heart Area» are described: selection criteria of the «Area», its structure and function, and its foundation and development. In the Results section, we compare the activity undertaken in the «Area» to the situation present prior to its implementation, in relation to quality and costs. Finally, in the Conclusions, we comment on the important implications that our project can have within the Hospital Complex Juan Canalejo as well as in the health care field in general.

(*Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 611-619)

INTRODUCCIÓN

En países desarrollados, la organización de la asistencia médica moderna a través de diferentes modelos de Seguridad Social o de Sistemas Nacionales de Salud ha tenido su principal punto de apoyo en el hospital. Este hecho adquiere un especial relieve en España

durante las tres últimas décadas, con una serie de transformaciones decisivas que ha permitido implantar una medicina de gran calidad.

La principal de estas transformaciones es el hecho de que los hospitales públicos han adquirido con rapidez un gran prestigio, que atrajo tanto a profesionales sanitarios como a pacientes.

Por otra parte, la mayoría de los hospitales públicos de nuestro país se han desarrollado bajo directrices centralizadas, basadas en los postulados del derecho administrativo, incluso después de haberse transferido las competencias asistenciales a distintas comunidades

Correspondencia: Dr. J.L. Escudero Pereira.

Jefe del Servicio de *Staff* de Gerencia. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Xubias de Arriba, 84. 15006 La Coruña.

autónomas. Como consecuencia, la estructura de gestión, organización y financiación del sistema está orientada más al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública que al logro de resultados mediante la optimización de recursos humanos y materiales. Además, esta situación produce un sistema rígido, que diluye la responsabilidad de los equipos directivos y no es capaz de resolver los conflictos que plantean las relaciones laborales (*Castro Beiras A. Nuevas tendencias en organización hospitalaria [conferencia]. Madrid: Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997*).

Finalmente, el sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta la libertad de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, con falta de información al paciente y a sus familiares.

En los últimos años, al detectarse todos estos factores y algunos más, se adoptó un nuevo estilo de gestión con la incorporación de gerentes profesionales a los grandes centros hospitalarios. El objetivo de contener el gasto y conseguir una mayor eficiencia de los recursos propició el desarrollo de sistemas de medida y evaluación de la atención sanitaria, que se encuentran muy avanzados en el momento actual y que constituyen una herramienta imprescindible para la implantación de cualquier sistema moderno. Sin embargo, produjo también limitaciones en la capacidad de decisión del médico, cuyas funciones directivas y de gestión disminuyeron en gran medida. Es evidente que la desvinculación entre la actividad asistencial y la gestión económico-administrativa dificulta considerablemente la eficiencia. La gestión clínica se presenta como una forma de resolver estas dificultades¹.

OBJETIVOS

La creación de áreas autogestionadas, con la mayor autonomía de funcionamiento posible, consigue la participación del personal asistencial en la organización y consecución de los objetivos clínicos y económicos, haciendo que el eje de toda esta transformación sea el paciente^{2,3}.

De esta forma, podemos afirmar que el objetivo estratégico de este modelo organizativo es incrementar la eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas por las áreas asistenciales. Este objetivo general se plasma en tres objetivos operativos:

1. La implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos del área en que se integran. Para ello se requiere una descentralización en la toma de decisiones y una exigencia de responsabilidad.

2. La implantación de una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, a la autoevaluación y a la mejora continua de los mismos.

3. El desarrollo de un nuevo modelo de organización, que en lugar de estructurarse en los servicios clásicos, contemple el proceso en su totalidad y gire, por tanto, en torno al paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las áreas de gestión clínica han de disponer de un presupuesto clínico para realizar las actividades establecidas en un contrato-programa⁴. Es necesario, además, poner en marcha una cuenta de resultados donde se registrarán los ingresos asistenciales, así como una imputación de gastos del Área. Los responsables asumirán los resultados obtenidos y éstos servirán para la aplicación de incentivos y fijación de una política de reinversión en el Área. La dirección del hospital se compromete a remitir de forma periódica información del contrato (indicadores asistenciales y de calidad, económicos, etc.) para que el equipo directivo del Área los analice y tome las medidas oportunas para alcanzar los objetivos propuestos.

Teniendo en cuenta estos principios y en el marco del Plan Estratégico 1996-2002, el Complejo Hospitalario Juan Canalejo ha puesto en marcha su proyecto piloto de gestión clínica: el «Área del Corazón». La experiencia está orientada no sólo a la coordinación de recursos afines dentro del hospital, sino sobre todo a proyectarse funcionalmente fuera del mismo, llegando hasta la atención primaria y dando respuesta a toda la patología cardíaca, desde la muy especializada hasta las habituales consultas externas o consultas con los médicos de familia.

Criterios de elección del área piloto de gestión clínica

El Área Piloto servirá para experimentar la práctica del sistema y evaluar la aplicación del mismo, resolviendo los problemas que pueda plantear y acumulando experiencias. No es necesario, por tanto, subrayar la importancia de la elección de los servicios que la formarían.

Se partió de tres condiciones básicas que debía cumplir el Área Piloto:

1. Los servicios implicados tenían que mostrar una clara voluntad de colaboración.

2. Era preciso que el Área abarcara un amplio espectro de los distintos aspectos de la atención sanitaria hospitalaria.

3. Debía ser un área económicamente significativa dentro del hospital.

Tras un detenido estudio, se llegó a la conclusión de que el área más apropiada era la que comprendía los servicios de cardiología y cirugía cardíaca y sus ámbitos limítrofes. Además de cumplir las tres condi-

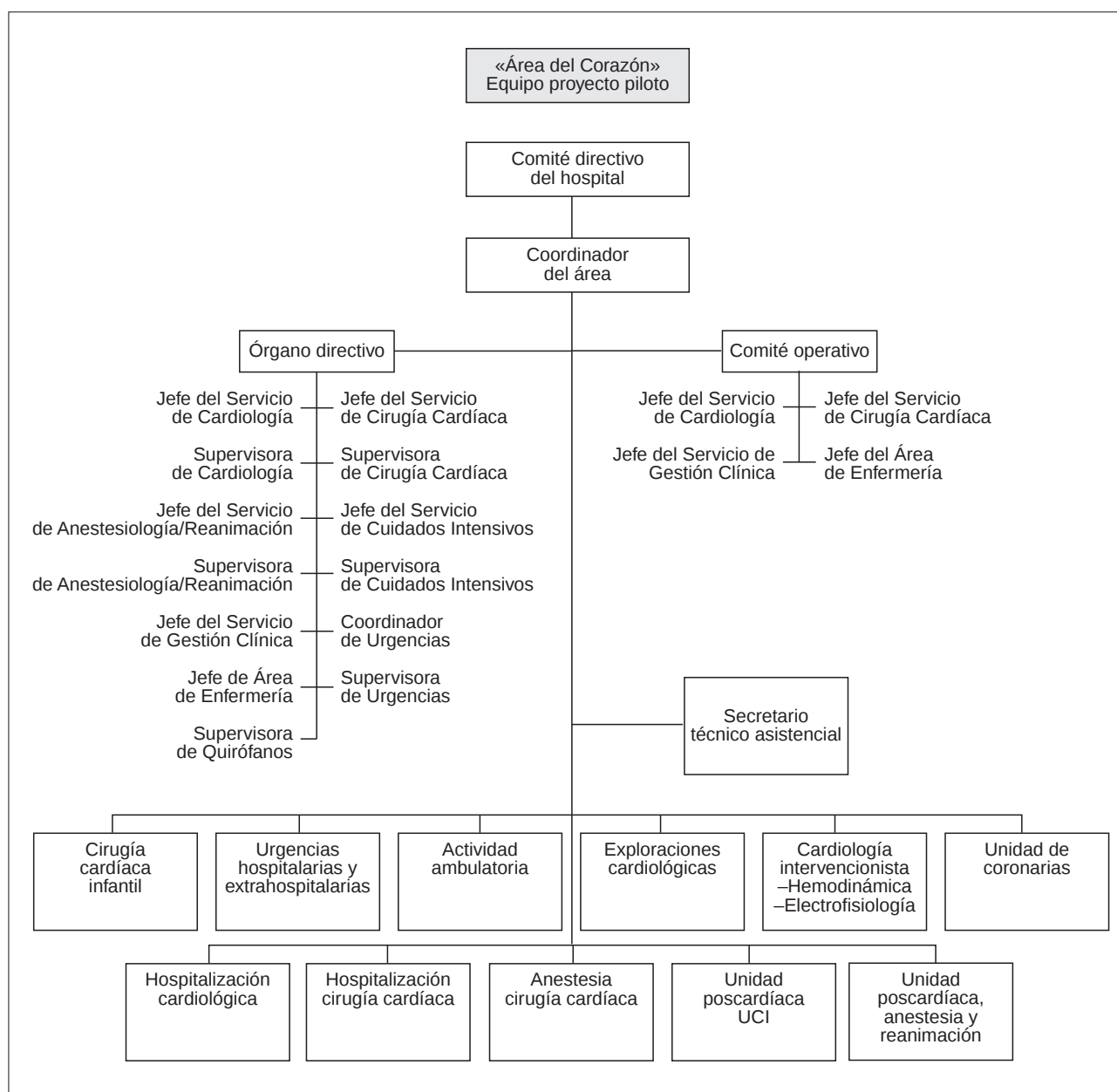


Fig. 1. Organigrama del «Área del Corazón» del Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

ciones anteriores, se tuvo en cuenta también el hecho de que las patologías cardíacas estarán entre las de mayor crecimiento en los próximos años. Por otra parte, existía ya con anterioridad al proyecto un grado muy notable de integración y colaboración entre los dos servicios que conforman el núcleo de la experiencia.

Estructura y funcionamiento

El «Área del Corazón» comienza a funcionar, tras un dilatado período de debate y análisis, en mayo de 1996, con el organigrama representado en la figura 1.

A continuación describiremos las funciones de los diversos órganos que conforman el organigrama del «Área del Corazón»:

Coordinador del «Área del Corazón». Es nombrado por la dirección del hospital a propuesta formulada por el órgano directivo del Área. Su función es coordinar el proyecto, al órgano directivo y a las distintas unidades y servicios que conforman el Área, así como representarla ante el comité directivo del hospital y ante terceras personas.

Órgano directivo. Es el órgano responsable del Área. Maneja directamente su presupuesto, gestionan-

do y responsabilizándose progresivamente de la actividad clínica desarrollada, gestión de recursos humanos y gestión presupuestaria. Como se observa en su composición, está integrado por los jefes de servicio médicos y supervisoras de enfermería directamente implicados en el proyecto.

Es de destacar la incorporación de dos figuras nuevas al órgano directivo:

Jefa de enfermería del Área. Tiene a su cargo la totalidad de la plantilla de enfermería del Área como conjunto y de todas las dependencias adscritas: hospitalización, consultas externas, pruebas funcionales y quirófanos, que funcionan de forma integrada. Su misión fundamental es dirigir, coordinar, evaluar y optimizar todos los recursos, actividades y cuidados de enfermería del Área.

Responsable de gestión clínica. Se trata de un economista perteneciente al *staff* de gerencia del hospital, dedicado a tiempo parcial al Área. Se encarga de organizar, coordinar y suministrar todos los datos relativos al sistema de información del Área, tanto clínico como económico. Se encarga asimismo de coordinar la progresiva descentralización y desempeña también las funciones de secretario del órgano directivo.

Comité operativo. Es un comité emanado del órgano directivo que está integrado por los miembros del mismo implicados en la gestión directa del Área. Este comité es el equipo directivo ejecutivo de la misma, ya que sus miembros participan en todas las decisiones del día a día de la gestión clínica, mientras que el órgano directivo se reúne generalmente con periodicidad mensual y, además, siempre que sea preciso para tratar alguna cuestión en la que se encuentren implicados los servicios de alguno de sus miembros.

Secretario técnico asistencial. Es un facultativo del Área que se encarga de trabajar directamente en colaboración con el responsable de gestión clínica y la jefa de enfermería, con el fin de agilizar los procesos asistenciales del Área.

Fundamentos y desarrollo

El modelo de gestión clínica establecido por el «Área del Corazón» tiene tres pilares o bases fundamentales^{5,6}:

Orientación de la gestión clínica al proceso asistencial

1. *Protocolización de los procesos*⁷. Debe establecerse un sistema dinámico de actuación-comparación con lo establecido previamente, que permita, por un lado, garantizar la calidad del servicio y, por otro, enriquecerse incorporando al quehacer diario la experiencia ya contrastada. Es preciso, por tanto, protocoli-

zar detalladamente los procesos clínicos del Área. Los protocolos han de constar de cuatro componentes básicos:

a) *Contenido.* El protocolo tiene que contemplar el proceso asistencial de forma integral.

b) *Sistema de evaluación.* Debe permitir conocer de forma ágil y continua su grado de cumplimentación.

c) *Elaboración.* Debe ser elaborado por los propios miembros de las unidades asistenciales implicadas, en consonancia con las líneas generales establecidas por sociedades científicas, experiencias clínicas, comités de expertos, etc.

d) *Papel del usuario.* El usuario ha de adquirir un papel protagonista, no sólo como receptor de servicios, sino como creador de opinión sobre algunos aspectos relacionados con los mismos: organización del método de información al paciente, asistencia social, elaboración de documentos relativos al consentimiento informado, etc.

Todos los protocolos tienen un coordinador y son elaborados por comisiones interdisciplinarias compuestas por facultativos y enfermeras del Área, bajo la supervisión general de la unidad de calidad del hospital.

2. *Potenciación de los sistemas de información.* El enfoque de gestión clínica exige disponer de sistemas de información adaptados a las nuevas necesidades, con objeto de proveer a los clínicos de la información necesaria para responder a las necesidades de los usuarios, gestionando eficientemente los recursos a través de la autoevaluación y la mejora continua.

3. *Empleo de Sistemas de Clasificación de pacientes (GRD).* Se ha introducido la cultura de este sistema con información mensual en el cuadro de mandos y realización de seminarios para el personal sanitario. Sus aportaciones más notables a la gestión clínica son: la agrupación de las altas de pacientes hospitalizados en función de sus características clínicas y consumo de recursos, estándares e indicadores de calidad de las diferentes categorías de pacientes y medición de la intensidad de recursos necesarios para cada grupo de pacientes.

Autoevaluación

Se trata de efectuar un análisis crítico y sistemático de la calidad de los cuidados médicos y de enfermería, incluyendo los procedimientos utilizados en el diagnóstico y en el tratamiento, el uso de los recursos y los resultados clínicos. *Autonomía de gestión* (Juffe Stein A, Caramés Bouzán J. Reingeniería, procesos asistenciales. Gestión y organización hospitalaria. Barcelona: 2.º Fórum Cardiovascular, 1 de marzo de 1997).

El «Área del Corazón» se financiará a través de la actividad que realice, plasmada en un «contrato-programa» pactado con la dirección del hospital.

Los instrumentos fundamentales para desarrollar la autonomía de gestión son dos⁸:

1. *La gestión de recursos humanos y materiales del Área.* Para conseguir los objetivos de autogestión es imprescindible contar con un equipo humano capaz de trabajar unido y motivado, poniendo sus capacidades al servicio del fin común de mejora de la calidad asistencial. El órgano directivo del Área dispondrá de una progresiva autonomía para planificar y organizar sus propios recursos humanos.

Asimismo, el «Área del Corazón» dispone de unos recursos materiales para el desempeño de su labor, como son camas, quirófanos, equipos, locales de consulta, etc., siendo responsabilidad del órgano directivo decidir en cada momento sobre la utilización de todos estos recursos en función de sus objetivos.

2. *Gestión del presupuesto clínico y la cuenta de explotación.* Como se ha indicado al principio de este apartado, anualmente (ya a partir de 1998) se elaborará un documento pactado entre el órgano directivo del Área y la dirección del hospital.

Este documento tiene tres componentes cuyos parámetros y cuantificación, en términos de resultados, deben quedar perfectamente especificados en el contrato. Dichos componentes son:

1. Actividad
 - Asistencial
 - Docente
 - Investigadora
2. Calidad
3. Costes

RESULTADOS

Tras un año y medio desde la puesta en marcha del proyecto de gestión clínica del «Área del Corazón», podemos resumir los logros alcanzados en los siguientes aspectos.

Incremento y mejora de la actividad e indicadores asistenciales

En las figuras 2, 3, 4 y 5 y en la tabla 1 (*Complejo Hospitalario «Juan Canalejo». Staff de Gerencia. Cuadro de Mandos; diciembre 1997*) se refleja la evolución de algunos parámetros e indicadores de la actividad y calidad asistencial. Si bien disponemos de datos a 31 de diciembre de 1997, reflejados también en la tabla 1, el análisis de resultados lo haremos comparando el primer semestre de 1996, período en el que el Área no estaba todavía implantada, y el primer semestre de 1997, con el Área ya en funcionamiento. Como datos más significativos, destacaremos:

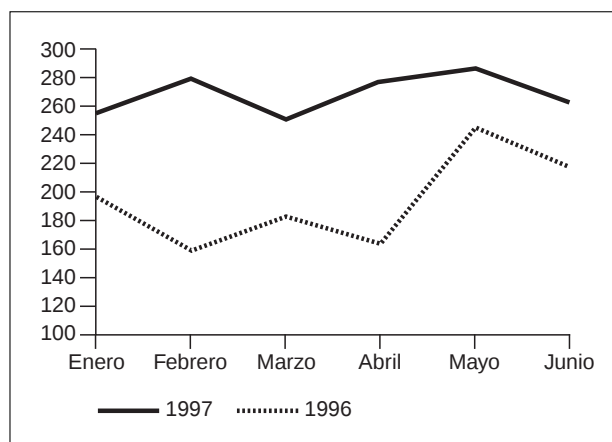


Fig. 2. Ingresos del «Área del Corazón».

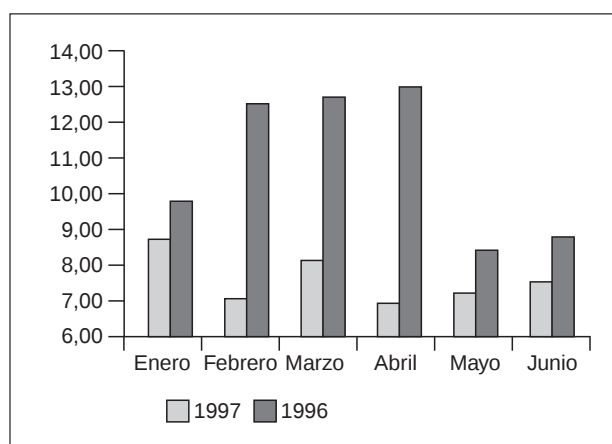


Fig. 3. Estancia media en el «Área del Corazón».

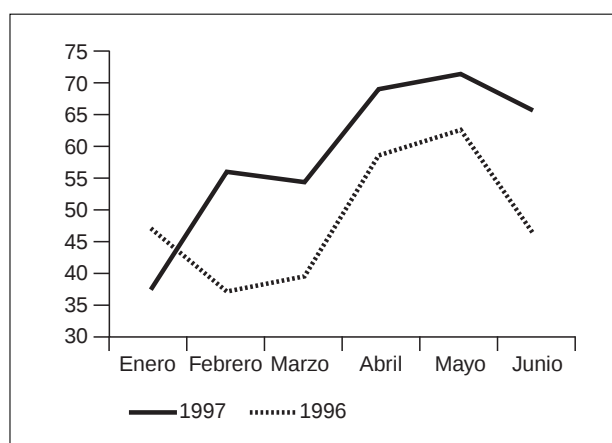


Fig. 4. Intervenciones quirúrgicas en el «Área del Corazón».

Incremento y mejora de la actividad e indicadores asistenciales

1. *Incremento del número de altas y disminución de la estancia media.* El Área ha generado, en los seis primeros meses de 1997, un total de 1.302 altas directas, un 34% más que en el período precedente. Esto se explica por la reducción de la estancia media en 4,3

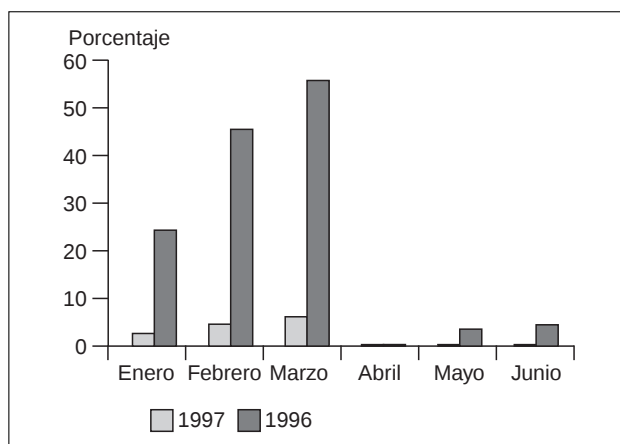


Fig. 5. Porcentaje de anulaciones quirúrgicas en el «Área del Corazón».

días, facilitando una mayor rotación enfermo/cama. La reducción de la estancia media se debe a una muy notable mejoría en la gestión de las camas del Área, ya que la casuística tratada, según el análisis de los GRD de ambos períodos, es similar.

2. Incremento superior al 20% en la actividad quirúrgica y en las pruebas diagnósticas y terapéuticas.

Mejora de la calidad asistencial

Destacan como datos más significativos los siguientes:

1. Disminución de la tasa de mortalidad, que pasa del 7,3% al 5,6%.
2. Disminución de la tasa de anulación quirúrgica.
3. Disminución en 4 días de la estancia media preoperatoria.
4. Mejora de la tasa de infección quirúrgica.

Contención de costes

Como ya se ha expuesto en puntos anteriores, la contención de costes en el período de funcionamiento del «Área del Corazón» no sólo ha sido significativa en sí misma, sino que ha permitido la reinversión del ahorro en el Capítulo I, posibilitando la dotación de personal sanitario para la nueva unidad de cuidados intermedios. En este sentido, el contrato-programa pactado anualmente contendrá un acuerdo específico sobre la parte de los beneficios generados que se reinvertirá en el Área, para que los gestores de la misma, dentro de su política de autogestión, propongan en qué deben aplicarse (formación y motivación del personal, adquisición de nuevos equipos, becas de investigación, etc.).

TABLA 1
Actividad comparativa 1997 frente a 1996

Parámetros/indicadores	Primer semestre 1997	Primer semestre 1996	Variación	Totales 1997	Totales 1996	Variación
Hospitalización						
Número de altas	1.302	970	332	2.479	2.190	289
Estancia media	11,4	15,7	-4,3	11,4	13,5	-2,1
Consultas externas						
Primeras consultas	1.707	1.617	90	3.297	2.942	355
Consultas sucesivas	6.566	6.277	289	12.578	11.665	913
Registros externos						
Ergometrías	915	1.052	-137	1.722	1.914	-192
Ecocardiogramas	3.780	3.388	392	6.995	6.442	553
Holter	850	608	242	1.432	1.077	355
Electrofisiología						
Marcapasos implantados	94	109	-15	184	224	-40
Hemodinámica						
Estudios hemodinámicos	1.170	977	193	2.128	2.022	106
Angioplastias	162	111	51	544	255	289
Actividad quirúrgica						
Intervenciones extracorpóreas	328	270	58	575	575	0
Otras intervenciones	58	47	11	163	100	63
Rendimiento quirúrgico	9,6	13,08	-3,48	9,9	7,8	2
Trasplantes cardíacos	24	20	4	46	43	3
Indicadores de calidad						
Tasa de mortalidad	5,6%	7,3%	1,7%	4,2%	5,6%	-1,4%
Tasa de anulación quirúrgica	1,6%	14,8%	13,2%	1,9%	11,4%	-9,5%
Estancia media preoperatoria	9,6	13,1	3,5	9,9	7,8	2,1
Tasa de infección quirúrgica	2,1%	2,5%	0,4%	2,9%	3,1%	-0,2%

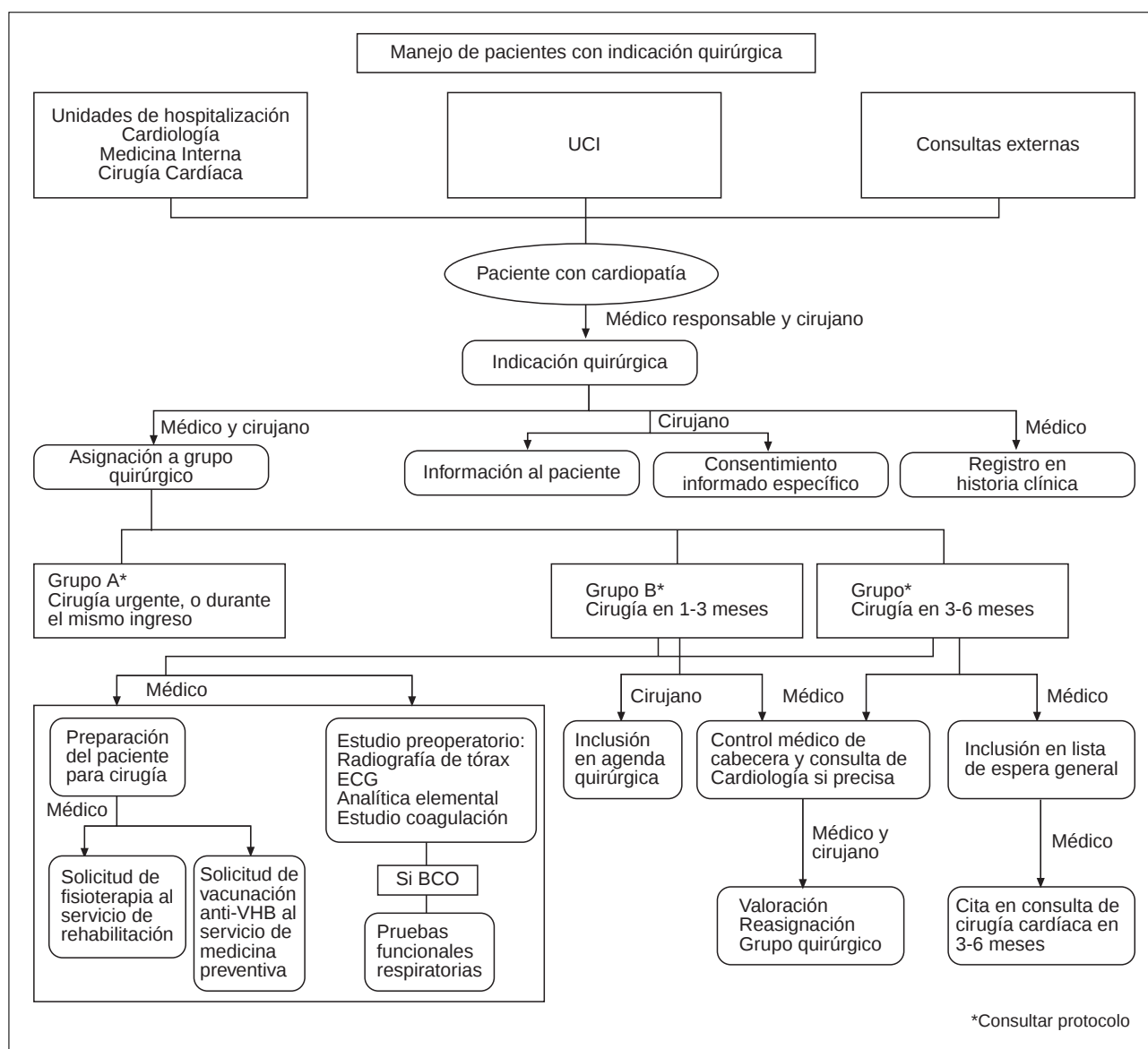


Fig. 6. Flujograma del protocolo de manejo de pacientes con indicación quirúrgica.

Protocolos asistenciales

Se encuentran ya elaborados e implantados los cinco protocolos siguientes:

- «Manejo de pacientes con indicación quirúrgica».
- «Postoperatorio de cirugía bajo circulación extracorpórea».
- «Angina inestable».
- «Infarto agudo de miocardio».
- «Trasplante cardíaco».

En la figura 6 se representa, a modo de ejemplo, el diagrama de flujos que resume el protocolo de «Manejo de pacientes con indicación quirúrgica».

Asimismo, se han instaurado los siguientes planes de cuidados de enfermería:

- Infarto agudo de miocardio.
- Fibrinólisis coronaria.
- Ventilación mecánica.
- Angina inestable.
- Pre y postoperatorio de cirugía cardíaca.

Se está finalizando la elaboración de otros cinco que se pondrán en marcha en febrero de 1998: «Medicación intravenosa», «Arritmias», «Manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico», «Anestesia» y «Parada cardíaca en planta».

Ingresos	Gastos
UPH propias efectuadas	Directos – Nóminas de médicos – Nóminas de administrativos
UPA de consultas externas	Enfermería – Personal – Material sanitario – Cocina – Limpieza – Estructurales
UPA de interconsultas	Quirófano – Material – Personal
Estudios hemodinámicos realizados a terceros	Farmacia
Pruebas cardiológicas realizadas a terceros	Suministros especiales – Prótesis – Válvulas
	Consumo de servicios intermedios – Radiología – Laboratorio – Anatomía patológica – Pruebas
	Interconsultas de otros servicios

Fig. 7. Cuenta de explotación del «Área del Corazón».

Por otro lado, también se está finalizando la «Guía para la Elaboración del Artículo Científico», por una comisión interdisciplinaria del Área.

Potenciación de sistemas de información

En este sentido, se edita mensualmente un cuadro de mandos con información de la actividad asistencial, casuística e indicadores de calidad del Área. De manera inmediata se incorporará información económica. Se elaboran también informes periódicos dirigidos al equipo directivo del hospital y a los miembros del Área.

Autoevaluación

1. El comité operativo (mensualmente) y el órgano directivo (trimestralmente) efectúan análisis de los parámetros e indicadores recogidos en el cuadro de mandos.

2. Se ha iniciado la revisión y evaluación de los protocolos asistenciales en funcionamiento.

3. Existe una comisión interdisciplinaria, formada por facultativos y enfermeras de todos los servicios/unidades integradas en el Área que está efectuando un estudio del flujo de pacientes entre las distintas unidades del Área.

En mayo de 1998 se inicia la implantación del Modelo Europeo de Calidad Total en el «Área del Corazón», siendo el primer centro sanitario español en que dicho modelo, ampliamente extendido en las principales empresas europeas, se pone en marcha. Este modelo analiza todos los aspectos relacionados con la calidad y tras realizar una profunda evaluación del Área, se han priorizado los aspectos susceptibles de mejora y se han puesto en marcha grupos de trabajo multidisciplinares para solucionar los principales problemas detectados.

Autogestión de recursos

En este sentido, los principales logros alcanzados hasta la fecha son los siguientes:

1. Se ha separado funcionalmente la UCI cardiológica de la UCI general, creándose la UCI de coronarios y la UCI de postoperados cardíacos.

2. Se ha creado la nueva unidad de cirugía cardíaca infantil.

3. Se ha confeccionado una base de datos con la plantilla adscrita al Área y una distribución de tiempos de asignación de personal a las distintas actividades y unidades funcionales.

4. Se ha elaborado un plan de necesidades conjunto de las unidades que integran el Área.

5. En enero de 1998 se pondrá en marcha la unidad de cuidados intermedios del Área, dotada de 12 camas. Debido al ahorro de 30 millones de pesetas que se ha generado en los gastos del Área en el Capítulo II del presupuesto, la dirección del hospital ha permitido la reinversión de ese remanente en el Capítulo I, posibilitando la contratación del personal sanitario necesario para el funcionamiento de la unidad.

Presupuesto clínico

En este aspecto se han seguido los pasos siguientes:

1. Se ha diseñado el presupuesto clínico y la cuenta de explotación (fig. 7).

2. Se ha efectuado un estudio de los ingresos económicos generados por el Área, según las tarifas establecidas por el SERGAS (Servicio Galego de Saúde).

3. Se han efectuado los trabajos de asignación y flujo de costes del Área, en colaboración con la dirección de gestión y subdirección de personal del hospital.

4. Se han puesto en marcha desde el Área concursos públicos de suministros y análisis de inversiones sobre adquisiciones de equipos clínicos, así como análisis de la carga de pacientes cardiopatas en el servicio de urgencias y de las necesidades a medio/largo plazo de camas para pacientes sometidos a trasplantes cardíacos.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto se deduce con claridad que los cambios que se preconicen para el hospital han de tener como premisa irrenunciable la autonomía del mismo, con matizaciones o modalidades diferentes según los casos o circunstancias. También es evidente que cualquier renovación presenta mayores inconvenientes en hospitales con años de funcionamiento, en los que los sistemas preexistentes se encuentran muy consolidados.

En este sentido, es preciso destacar la importante transformación que producirá, a muy corto plazo, la viabilidad del proyecto de gestión clínica en nuestro centro:

1. Este nuevo modelo descentraliza la gestión por direcciones existente en la actualidad, aplanando el organigrama y dando una mayor autonomía y responsabilidad a las unidades asistenciales. Con ello, los tradicionales órganos directivos del hospital delegarán gran parte de sus funciones.

2. Los servicios «abrirán sus puertas» al resto del hospital: todo el mundo sabrá con exactitud lo que hacen, cómo lo hacen y cuánto cuesta hacerlo.

3. La motivación del personal ha ido en aumento desde el comienzo de la experiencia. Miembros de distintos servicios se han mostrado capaces de trabajar en colaboración, con un alto grado de implicación y esfuerzo. Es de esperar que la consecuencia inmediata de esta buena disposición sea una reducción de la «burocratización» de las acciones asistenciales y una recuperación del trabajo ilusionado y de la satisfacción profesional, tanto de los médicos como del resto del personal sanitario y no sanitario.

En cuanto a su proyección, la experiencia del «Área del Corazón» ha despertado gran interés en los ambientes sanitarios, tanto por su novedad como por sus excelentes resultados. El complejo hospitalario se encuentra especialmente satisfecho por la concesión, en diciembre de 1997, del V Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y Administración Sanitaria, otorgado por Arthur Andersen, Diario Médico y la Escuela Nacional de Salud. La dotación se destinará a la concesión de premios a la investigación entre los trabajadores del Área.

La conclusión última que cabe destacar del período de funcionamiento del «Área del Corazón» es la convicción de que la autogestión constituye una de las opciones de futuro. Es evidente que queda mucho camino por recorrer para llegar a su aplicación plena, puesto que la realidad diaria obliga a perfeccionar paso a paso cualquier plan, por minucioso que sea. Sin embargo, no cabe duda de que cada inconveniente o

dificultad que se vaya superando pasará a formar parte del valiosísimo bagaje de experiencias que permitirá alcanzar el objetivo final. Y este objetivo no es otro que la máxima calidad y eficiencia.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a los siguientes participantes en el Proyecto: Berta Candia, Responsable de la Unidad de Calidad; Severino Calvo, Jefe de Sección de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios; Manuel Castro, Facultativo del *Staff* de Gerencia; Marisa Crespo, Coordinadora Postrasplante Cardíaco; Salvador Fojón, Responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos Poscardíacos; Javier Muñiz, Unidad de Investigación/Secretario del Instituto de Ciencias de la Salud; Manuel Penas, Coordinador de Docencia de Cardiología, y Soledad Villar, Auxiliar Administrativa del *Staff* de Gerencia, así como al Órgano Directivo del «Área del Corazón», integrado por: Marina Díaz, Supervisora de Enfermería de Cirugía Cardíaca; Olvido Fernández, Supervisora de Enfermería de Quirófanos; Ana Fraga, Supervisora de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos; José García-Pardo, Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos; Luis Hermida, Jefe de Sección de Cardiología; Carmen Novo, Coordinadora de Urgencias; Pilar Pose, Jefa del Servicio de Anestesia y Reanimación; María Sabater, Supervisora de Enfermería de Cardiología; Elena Suárez, Supervisora de Enfermería de Anestesia y Reanimación; M.^a Elisa Torres, Supervisora de Enfermería de Urgencias, y Claudio Zavanella, Coordinador del Área Infantil del Corazón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saltman R, Figueras J. Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias Actuales. Madrid: Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.
2. Castro Beiras A. La búsqueda de la excelencia en la gestión clínica. Modelos de gestión excelente en servicios clínicos. Modelo 2. Servicio de Cardiología. Hospital Juan Canalejo. En: Jiménez Jiménez J, coordinador. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. (4.^a parte). Madrid: You&Us S.A., 1997; 347-351.
3. Castro Beiras A. La búsqueda de la excelencia en la gestión clínica. Ejemplos prácticos de innovación y cambio en gestión clínica. Proyecto piloto de gestión clínica: diseño y desarrollo del Área del Corazón en el Hospital Juan Canalejo de La Coruña. En: Jiménez Jiménez J, coordinador. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos, (4.^a parte). Madrid: You&Us SA, 1997; 397-413.
4. Hernández L, Arcelay A, Ruiz de Gordejuela P, editores. Gestión clínica. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1997.
5. Weiner J, Ferriss D. GP Budget Holding in the UK: lessons from America. Londres: King's Fund Institute, 1990.
6. Hughes J, Humphrey C. Medical audit in general Practice. A practical Guide to the Literature. Londres: King's Fund Center, 1990.
7. Candia Bousa B, Isasi Fernández C. Manual sobre desarrollo de protocolos. Todo Hospital 1997; 139: 7-11.
8. Burgoyne J, Lorbiecki A. Clinicians into management: the experience in context. Health Services Management Research 1993; 6: 248-259.