

El «Instituto de Enfermedades Cardiovasculares». Proyecto de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía del Hospital Clínic de Barcelona*

Ginés Sanz y José L. Pomar

Institut de Malalties Cardiovasculars. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

cirugía cardiovascular/ gestión hospitalaria/ organización sanitaria/ servicio de atención al paciente/ servicio de cardiología/ servicio de cirugía

Los cambios de la sanidad están determinando nuevas formas de organización hospitalaria. El hospital orientado al paciente supone un rediseño radical del hospital desde el punto de vista del paciente. En este trabajo se describe el proceso de rediseño de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona para constituir un Instituto. El cambio ha consistido fundamentalmente en una reorganización de los órganos de dirección, con la creación de una comisión de dirección y un director de quien dependen los jefes de enfermería y administrativo.

Igualmente, se ha creado una unidad de gestión y admisión de pacientes, y se comparte la infraestructura de ambos servicios. En los resultados del primer año se observan una disminución de la estancia media y un aumento de la actividad, tanto extra como hospitalaria.

THE «CARDIOVASCULAR INSTITUTE». A REENGINEERING PROCESS TO COORDINATE CARDIOLOGY AND CARDIOVASCULAR SERVICES

Changes in health systems are determining new hospital organization forms. The patient focused hospital suppose a new radical design of hospital processes from the patient's viewpoint. This paper defines the re-engineering process of the Cardiology and Cardiovascular Surgery Services of the Hospital Clínic of Barcelona in order to develop and Institute. The change consists fundamentally in a reorganization of the direction organs, creating a staff commission and director. The chief nursing and chief management report to the director.

Also, a patients admission and management unit, that manage the beds infrastructure of both services has been developed. The first year results show a reduction of the length of stay and an increase in the in-hospital and external activity.

(Rev Esp Cardiol 1998; 51: 620-628)

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios de gran parte de los países occidentales están sufriendo reformas importantes como consecuencia de una serie de factores comunes a todos ellos. En primer lugar, la creciente complejidad

de la medicina y el aumento de la demanda asistencial determinan un incremento del gasto sanitario; su control constituye, a menudo, el objetivo principal con el que se inician estas reformas. Además, es cada vez más evidente que existen grandes diferencias en la práctica médica, no sólo en lo que se refiere a las pautas terapéuticas sino también en las indicaciones quirúrgicas o en la frecuencia de ingreso hospitalario para una determinada enfermedad. En el Reino Unido, por ejemplo, se han observado diferencias de hasta un 500% en las tasas de ingreso. Finalmente, la demanda se ha incrementado por el envejecimiento de la población y la cronificación de pacientes que antes fallecían prematuramente; además, los pacientes exigen ahora mayor calidad en las prestaciones y una mayor participación en las decisiones que les atañen¹.

Independientemente del modelo del que se parte, las reformas que se están llevando a cabo en Europa tienden

*Este trabajo resume los principios generales y las acciones llevadas a cabo recientemente para el rediseño y reestructuración de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona. En el grupo de diseño, y con la colaboración del Sr. J.R. Rodríguez, el Dr. Víctor Sanz, el Sr. Ignacio Servant y el Dr. David Font, de la Auditoría Coopers & Lybrand, participaron los Dres. Francisco Navarro y Amadeo Betriu del Servicio de Cardiología, Jaime Mulet y Miguel Josa del Servicio de Cirugía Cardiovascular, la Sra. Gloria Monfort, Coordinadora de Enfermería y el Sr. José María Jiménez, Coordinador Administrativo, además de los firmantes del presente trabajo.

Correspondencia: Dr. G. Sanz.
Director. Institut de Malalties Cardiovasculars.
Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

a crear un sistema autorregulado, capaz de equilibrar, con una mínima intervención externa, el nivel y calidad de los servicios con los recursos disponibles. Una característica de estos sistemas es la separación entre comprador y proveedor de servicios, que adopta múltiples formas: PPO (*preferred provider organization*), HMO (*health maintenance organization*), GPFH (*general practitioners fund holders*), PBM (*pharmaceutical benefit managers*), entre otras. Una mayor autonomía de los hospitales, el pago por proceso y el papel fundamental de la atención primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, son otras dos características importantes¹.

Aunque la mayor autonomía del hospital determina consecuencias beneficiosas para éste, obliga a cambios profundos no siempre fáciles. La competencia entre diferentes hospitales para atraer al (los) compradores (es), exige un conocimiento exhaustivo de los costes, una organización eficiente y una calidad superior a la de los competidores, al mismo tiempo que el déficit que pueda generarse tiene un sentido (y un riesgo), muy diferentes al de los hospitales clásicos, financiados directamente por la Administración.

En 1995, la Gerencia de la Corporación Sanitaria Clínic, a la que pertenece el Hospital Clínic decidió promover un cambio en la organización del hospital, que situase a éste en condiciones de afrontar los cambios que se prevén en la sanidad del siglo XXI. Junto al consejo de dirección médica, la gerencia decidió adoptar una organización basada en el concepto de los «cuidados enfocados al paciente».

EL PROYECTO PRISMA

El proyecto de reforma del hospital se denominó Proyecto Prisma. La Corporación Sanitaria Clínic se propuso como uno de sus objetivos establecer un grupo de provisión de servicios sanitarios en el territorio, líder en los aspectos asistencial, docente e investigador. Esta institución estaría formada por la suma de diferentes centros enfocados al paciente (*Patient focused centers*) a los que se denominó institutos clínicos, así como de un centro de especialidades con otras especialidades no integradas en los institutos, un área de diagnóstico por la imagen y otra de laboratorios. Dentro de esta estructura se mantendría una unidad de urgencias común.

De entre los planes de la Corporación cabe destacar una potenciación de la consulta externa, de la atención urgente y de los servicios centrales con posibilidades de externalizaciones empresariales, así como una clara vocación de desarrollo en atención primaria con medios propios o contratados.

HOSPITAL ORIENTADO AL PACIENTE: INSTITUTOS CLÍNICOS

La creación de un hospital orientado al paciente (HOP) supone un rediseño radical de los procesos des-

de el punto de vista del paciente, con el objetivo de mejorar drásticamente la calidad, reducir los costes o ambas cosas a la vez. Los principios en los que se basa el HOP son fundamentalmente tres: agrupar los pacientes según los requerimientos y características comunes, estructurar los servicios para satisfacer las necesidades de los pacientes y los profesionales y, en tercer lugar, descentralizar cuanto sea práctico y posible. Así pues, se trata de aumentar la eficiencia rediseñando los procesos que normalmente se llevan a cabo en el hospital, concediendo a los profesionales mayor responsabilidad y autonomía.

La reorganización del hospital en un HOP es compleja y exige aplicar las técnicas e instrumentos de la reingeniería de empresas². En el caso del Hospital Clínic, el proceso comenzó con un análisis exhaustivo de la actividad que realizaba el hospital, su complejidad, similitudes y diferencias con otros hospitales del entorno o con modelos extranjeros, posibilidades de desarrollo futuro y puntos débiles de la organización. A continuación se iniciaron dos líneas de trabajo, una dirigida a establecer el modelo organizativo de la corporación y sus órganos de gestión, y otra encaminada a definir las áreas candidatas a constituir institutos.

La agrupación de servicios y especialidades en los centros de gestión denominados institutos se basa inicialmente en criterios anatomofuncionales, de los grandes sistemas del cuerpo humano o en las categorías diagnósticas mayores. Las áreas seleccionadas deben cumplir una serie de características que aseguren no sólo su viabilidad sino también que el cambio tiene un impacto importante en la actividad del hospital. Por tanto, se requiere que el volumen de actividad que realizan los servicios implicados suponga por lo menos el 10% de la total del hospital, que el número de servicios y profesionales sea manejable, que compartan un número importante de pacientes (traslados internos e interconsultas) y que exista compatibilidad entre las personas clave. Por cumplir estas condiciones se decidió que el primer instituto podría ser el de enfermedades cardiovasculares constituido por los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular; este último incluye en nuestro hospital la cirugía vascular.

DESARROLLO DEL INSTITUTO DE MALALTIES CARDIOVASCULARS

La fase de diseño del instituto duró aproximadamente 6 meses y el objetivo era dotarlo de un «plan de empresa». Como señala J.R. Rodríguez, «el proceso de constitución de una de estas unidades representa el despliegue de las aspiraciones y capacidad de autoorganización de los profesionales, la toma de conciencia y asunción de riesgos de naturaleza empresarial, y un proceso de negociación hacia dentro y hacia fuera de la unidad»².

TABLA 1
Plan de empresa para un instituto

Estrategia de empresa
Misión
Cartera de servicios
Mix de pacientes
Dimensión
Modelo organizativo
Estructura organizativa
Modelo funcional
Modelo de gestión
Órganos de gestión
Principales procesos de gestión
Asistenciales
De soporte
Necesidades de desarrollo
Proyecciones económico-financieras
Plan de implantación y gestión del cambio

En la **tabla 1** se resume el contenido del plan de empresa de un instituto tipo, propuesto por Coopers & Lybrand. En la **figura 1** se observa la organización del trabajo durante esta fase. Se establecieron tres equipos, uno encargado de diseñar la organización y los órganos de gobierno del instituto, otro encargado de revisar los procesos asistenciales y administrativos, así como la infraestructura necesaria para mejorarlos y un tercero que diseñó las guías clínicas sobre las que debería basarse la actividad. En un momento u otro del

proceso, la práctica totalidad de los médicos de ambos servicios participó activamente o fue consultada; entre enfermería, más del 50% participó en alguna sesión o discusión.

Misión y objetivos estratégicos del Institut de Malalties Cardiovasculars

Se definió como misión del instituto constituir en el seno del hospital y de la corporación un centro de excelencia, vanguardia y alta tecnología dedicado a los problemas cardiovasculares, enfocado al paciente, basado en una atención completa y en el que la asistencia, la docencia y la investigación se integraran, haciéndolo competitivo al máximo nivel.

Los objetivos estratégicos más importantes son los siguientes:

1. Constituir un centro de referencia y alta calidad para la asistencia de pacientes con problemas cardiovasculares.
2. Organizar, coordinar y dirigir la atención de los pacientes con problemas cardiovasculares del área asignada a la corporación, proporcionando una atención integral desde la prevención primaria hasta las técnicas más avanzadas.
3. Constituir un centro para la formación de pregrado y posgrado, así como para la formación continuada, proporcionando el marco adecuado para el desarrollo de los profesionales.
4. Participar y promover el desarrollo de nuevas tecnologías y pautas diagnósticas y terapéuticas.

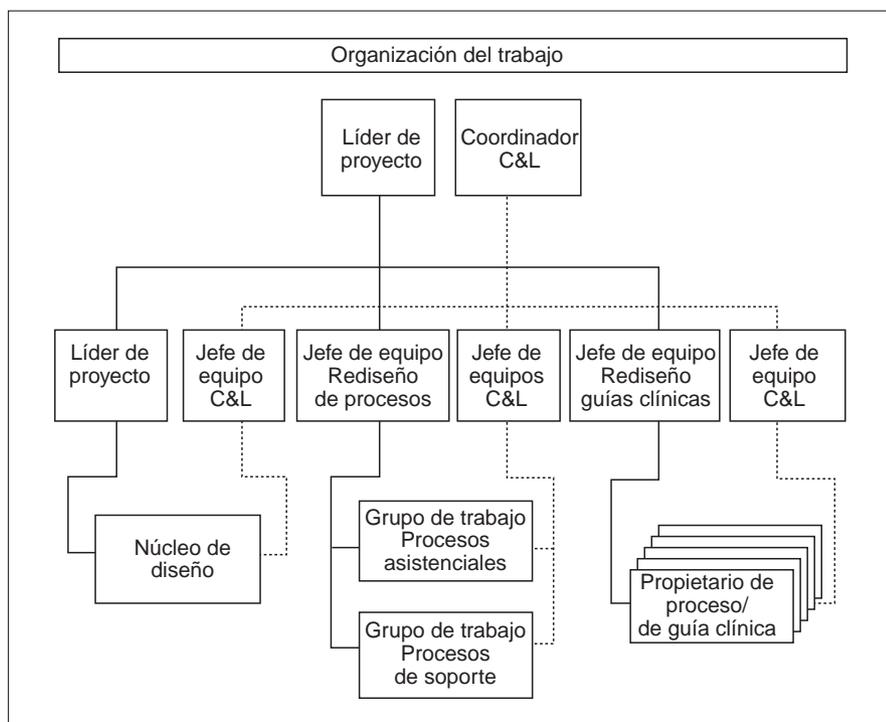


Fig. 1. Distribución del trabajo durante la fase de diseño del instituto. C&L: Coopers & Lybrand.

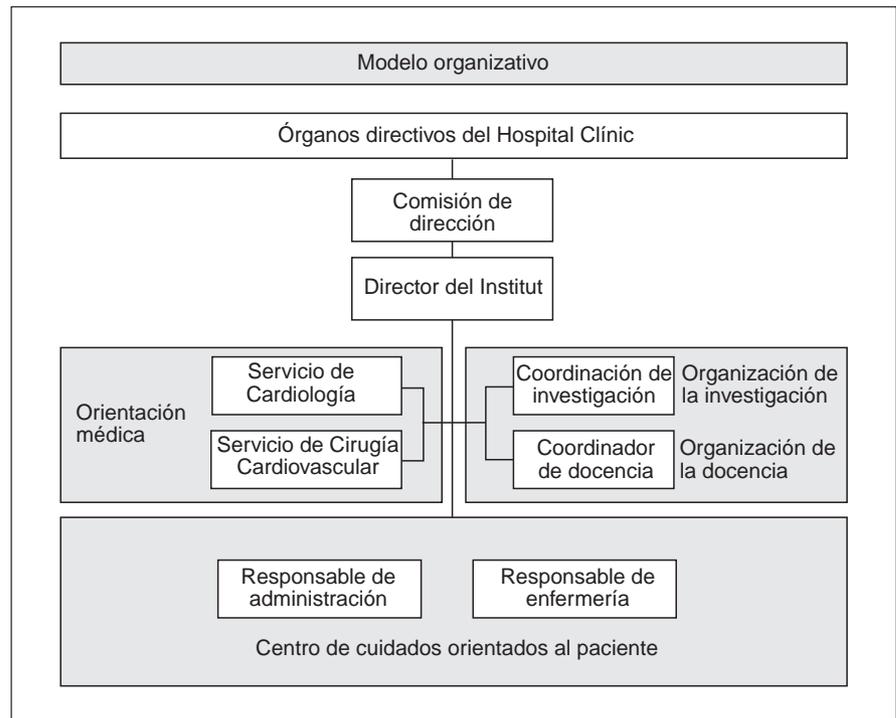


Fig. 2. Modelo organizativo del instituto.

5. Potenciar el desarrollo de la actividad investigadora que se complemente con la asistencial y la docente.

6. Potenciar la captación del cliente público y extender la oferta asistencial a la medicina privada con el fin de diversificar la demanda y asegurar la viabilidad.

7. Ser capaz de atraer recursos económicos y humanos para optimizar la calidad de los servicios que se ofrecen.

Modelo organizativo

El Institut Clínic de Malalties Cardiovasculars realitza activitats de assistència, docència e investigació. El model proposat ha organitzat la assistència a través d'un centre de cures orientades al pacient, i la investigació i la docència a través de dues unitats que coordinen aquestes activitats en el institut. El model proposat es construeix i desenvolupa en l'entorn global de la corporació, de forma que totes les unitats proposades tenen relació amb els òrgans directius del hospital en els seus respectius àmbits i funcions (fig. 2).

Comisión de dirección

Presidida per el director del institut és el òrgan de màxima representació del Institut de Malalties Cardiovasculars. La seva composició assegura, per tant, la representació de tots els professionals del institut: personal mèdic, personal d'enfermeria i personal d'administració.

La comissió de direcció està composta per un nombre imparel de membres que en el moment actual són 11, incloent-hi com a membres natos els mandos mèdics dels dos serveis (jefes de servei i secció). No obstant això, el jefe de servei o de secció que accedeix a la responsabilitat de director del institut serà substituït en el seu càrrec temporalment (jefatura de servei o de la secció). A més, formen part de la comissió el responsable d'enfermeria, el responsable d'administració i dos membres elegits per sufragi universal per als seus respectius estaments, un metge i una infermera.

Director del Institut de Malalties Cardiovasculars

Es el màxim òrgan executiu del Institut de Malalties Cardiovasculars i la seva missió és dirigir totes les activitats del institut segons les directrius i els objectius establerts per la comissió de direcció, sent el màxim responsable dels resultats obtinguts. El director del institut pot ser-ho en funció dels seus mèrits professionals i les seves capacitats, independentment de la seva perfil professional. És nomenat per el gerent del hospital a proposta de la comissió directiva. El director rep la responsabilitat de dirigir el institut durant 4 anys, podent ser reeligit en una ocasió més.

Responsable de enfermería

El càrrec confereix la responsabilitat última de l'enfermeria del institut i la seva missió és desenvolupar entre els

profesionales prácticas de excelencia en asistencia, docencia e investigación y conseguir la máxima satisfacción de todos ellos en el desarrollo de sus responsabilidades. Su elección debe atender a los criterios que definen el proceso de selección de mandos de la corporación.

El director del instituto propone a la dirección de enfermería de la corporación el nombramiento de la responsable de enfermería, nombramiento que debe aprobar según lo estipulado la comisión de dirección del instituto. Este puesto depende del director del instituto y ejerce las funciones de su responsabilidad en consonancia con las líneas generales de la corporación y su dirección de enfermería.

Responsable de administración

Es el responsable económico y administrativo del instituto y su misión es conseguir la mayor eficiencia económica de todos los recursos del Institut de Malalties Cardiovasculares según los objetivos establecidos y prestar el servicio administrativo necesario a todos sus profesionales en el desarrollo de sus funciones.

El candidato es propuesto por el director del instituto y puede serlo, por méritos y capacidades, el profesional que considere el director, siendo preceptivo también su aprobación por parte de la comisión de dirección. Al igual que el responsable de enfermería, pasa a depender del director del instituto y ejerce las funciones de su responsabilidad en consonancia con las líneas generales de la corporación.

Coordinador de docencia

Es el responsable de coordinar la docencia del instituto en todas sus vertientes: pregrado y posgrado. Es nombrado por la comisión de dirección del instituto de entre uno de sus miembros médicos. El coordinador de docencia recibe el apoyo de un médico del servicio de cardiología y de otro del servicio de cirugía cardiovascular que actúan como coordinadores de los residentes y médicos en formación de sus respectivos servicios.

Coordinador de investigación

Es el responsable de coordinar la investigación del instituto. Es nombrado por la comisión de dirección de entre uno de sus miembros médicos. El coordinador de investigación recibe el apoyo de un médico del servicio de cardiología y de otro del servicio de cirugía cardiovascular para desarrollar sus funciones. El coordinador de investigación del instituto se relaciona con la Fundació Clínic per a la Recerca y con el Institut Pi i Sunyer. Coordina todos los aspectos referentes a la investigación clínica y experimental, facilitando su desarrollo y manteniendo un control tanto en lo que a su impacto en la clínica diaria se refiere, como a las vertientes económicas y de recursos humanos que se pre-

cisa. Así mismo, debe estimular la investigación entre los diplomados de enfermería, tanto en los aspectos de participación de estos profesionales en la investigación médica como en líneas propias de enfermería.

Estructura del Institut de Malalties Cardiovasculares

En la **figura 2** se expone la estructura organizativa del instituto. Como puede observarse, se conservan en la organización médica los dos servicios originales, cirugía cardiovascular y cardiología, por considerar que de esta forma se preserva mejor la identidad de dos áreas asistenciales que, aun trabajando coordinadas, tienen una personalidad diferenciada y bien definida. Dentro de las peculiaridades e idiosincrasia de los diferentes profesionales del propio instituto se ha hecho un especial esfuerzo en implementar la comunicación entre ellos y facilitar, en beneficio del paciente, una mayor rapidez en la toma de decisiones. Hasta hace un tiempo, la decisión quirúrgica, por ejemplo, se tomaba con carácter semanal y de manera colectiva en la sesión médico-quirúrgica. En consecuencia, se tomó la decisión de formar tres equipos médico-quirúrgicos, lo que debiera redundar en una decisión rápida en los casos menos problemáticos, reservando la sesión médico-quirúrgica para los que precisan de un debate o tienen indicaciones dudosas.

El *centro de cuidados* constituye el verdadero núcleo del instituto y reúne al personal e infraestructura que intervienen directamente en el cuidado del enfermo. La misión del resto: dirección, coordinadores, y en general de todos los que tienen algún grado de responsabilidad, es asegurar los medios necesarios para su correcto funcionamiento. Esta concepción del trabajo de los jefes y responsables como facilitadores de la actividad de los demás es el verdadero espíritu del cambio, y sólo el reconocimiento de que el paciente y quienes están directamente a su servicio constituyen el centro del instituto puede asegurar el éxito. Sin involucrar y comprometer al personal de enfermería en estos cambios, cualquier proceso de transformación está abocado al fracaso. Un diseño que sólo contemple cambios en la organización médica puede aportar algunas mejoras, pero no supondrá que la organización se enfoca al paciente. Los médicos pasan minutos junto a sus pacientes, la atención de enfermería es continua durante las 24 h del día, especialmente en áreas en las que el enfermo depende de ella para sus funciones vitales más elementales. Por todo ello, gran parte del esfuerzo se ha dirigido a comprender las dificultades y limitaciones de su trabajo a través del análisis y rediseño de procesos.

Rediseño de procesos

El hospital puede contemplarse como un conjunto de procesos, médicos y administrativos necesarios

para el fin último que es la atención al paciente. Tradicionalmente, estos procesos se han ido estructurando según las orientaciones de los profesionales y de la administración, ignorando con frecuencia las necesidades y la comodidad del propio paciente. El rediseño de estos procesos implica el análisis detallado del trayecto que sigue un enfermo durante su estancia en el hospital, la distribución del tiempo de los distintos profesionales y la burocracia con que unos y otros se enfrentan. Pueden considerarse procesos fundamentales en un hospital atender la demanda asistencial, gestionar recursos, gestionar flujos de pacientes, desarrollar nuevos servicios o formar nuevos profesionales.

En esta fase del diseño del instituto se analizaron con todos los profesionales implicados, médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos, cada uno de estos procesos y sus componentes. Por ejemplo, qué pasos da un paciente para formalizar su ingreso en el hospital, cómo y quién da las altas, personal que atiende a un paciente con un determinado diagnóstico, qué retrasos se producen en las pruebas diagnósticas, cómo se gestionan las camas y quién decide su utilización, relaciones con el almacén o la farmacia del hospital. En cada uno de estos análisis se detectan las oportunidades de mejora que determinarán los cambios a realizar. Igualmente se llevó a cabo un análisis de la distribución de tareas y del tiempo empleado en ellas por cada profesional del instituto.

Guías clínicas

Un tercer grupo revisó las guías del manejo clínico de los pacientes, especialmente pruebas diagnósticas y técnicas necesarias para cada diagnóstico, con el fin de detectar las dificultades y los cuellos de botella de la organización.

PROPUESTAS DE REDISEÑO

Del análisis de procesos y del estudio de las guías clínicas se obtuvo una idea de los problemas que la antigua organización presentaba y de las oportunidades de mejora en una nueva estructura. Algunos ejemplos de estas dificultades observadas y de las oportunidades de mejora son las siguientes:

1. Ciertas pruebas diagnósticas, básicamente la ecocardiografía y la prueba de esfuerzo, motivan el alargamiento en la estancia del paciente.
2. El paciente con problemas sociosanitarios no se suele valorar al ingreso y tiene una difícil remisión hacia otros dispositivos asistenciales.
3. La lista de espera no se actualiza y los pacientes incluidos en ella no reciben información.
4. En cada ingreso un elevado número de diferentes profesionales contactan con el paciente, que no conoce el nombre del médico responsable en más de la mitad de los casos.

5. La documentación clínica es diferente en unidades del mismo servicio.

6. Falta de comunicación entre personal facultativo y de enfermería.

7. Descoordinación en la solicitud y realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas. En la actualidad se desconocen en ciertas pruebas el día de realización de las mismas y se solapan citaciones.

8. El alta del paciente se decide con frecuencia el mismo día.

9. Imposibilidad de citar pacientes a consulta externa desde las salas de cardiología y cirugía cardiovascular.

10. Se realizan estudios preoperatorios durante el ingreso debido a las largas listas de espera para pruebas ambulatorias, por ejemplo en el caso de la angiografía.

11. El paciente ingresado en cardiología que requiere intervención quirúrgica permanece en espera de la sesión quirúrgica y puede retrasarse su intervención sin motivo.

Todas estas sugerencias cristalizaron en una serie de *propuestas de rediseño* que han constituido la base de la nueva organización. Las más importantes son las siguientes:

1. Creación de la *unidad de gestión de pacientes*, descentralizando admisiones y asignándole funciones de asistencia social.
2. Creación de la figura de *coordinador de enfermería*.
3. Creación de la figura del *administrativo de sala de hospitalización*.
4. Reorganización de las pruebas diagnósticas, agrupándolas en un *centro de diagnóstico*.
5. Creación del *hospital de día*.

Aunque una descripción detallada de cada una de estas nuevas estructuras escapa al objetivo de este artículo, puede ser ilustrativo referirnos con más detalle a las principales.

Unidad de gestión de pacientes

Es la unidad funcional responsable de gestionar los movimientos de los pacientes y está dirigida por una coordinadora de pacientes. Su perfil corresponde al de un profesional de la enfermería que recibe el apoyo de una administrativa con formación de asistente social. La unidad presta servicios al resto de las unidades asistenciales del instituto, coordinando y registrando las listas de espera, así como la información relativa a los ingresos, traslados, movimientos internos, planificación de pruebas diagnósticas y terapéuticas, altas y citaciones.

El desarrollo de sus responsabilidades requiere disponer de unos sistemas de información adecuados, especialmente programas informáticos integrados y co-



Fig. 3. Distribución del tiempo de enfermería previamente a la instauración del instituto.

nectados con todas las unidades asistenciales del instituto que faciliten el conocimiento por parte de todos los profesionales de los datos básicos de los pacientes. El proceso de admisión de los pacientes se realiza en esta unidad, descentrándose de la unidad de usuarios del hospital.

Enfermeras coordinadoras de equipo

En el análisis de tiempo de dedicación a los distintos procesos (fig. 3) se observó que el personal de enfermería invertía gran parte de su jornada en tareas alejadas del cuidado directo del paciente. Además, la figura de la supervisora se había convertido con el tiempo en la de una persona dedicada al trabajo administrativo, programación de vacaciones y permisos, y en general tareas ajenas a la atención de enfermería o al control de la calidad asistencial.

Con la creación de la figura de coordinador de equipo se intenta que la coordinación del trabajo de enfermería lo lleve a cabo una profesional con perfil asistencial, liberada de toda función burocrática y en definitiva con una mayor dedicación del personal de enfermería a la asistencia, docencia e investigación. Como se ha mencionado anteriormente, los coordinadores de equipo de enfermería son profesionales con responsabilidades en la atención directa a pacientes. Entre sus funciones principales destacan:

1. Coordinar, con el responsable médico, la actividad asistencial global de su unidad.

2. Colaborar en la organización global de los recursos de enfermería.
3. Hacer el seguimiento del plan de curas.
4. Velar por la correcta cumplimentación de la documentación de enfermería.
5. Tutelar la formación de estudiantes y detectar necesidades de formación entre los profesionales de enfermería de su unidad.
6. Tutelar la formación de pacientes y familiares.
7. Impulsar la puesta en marcha de protocolos y proyectos de investigación.

Administrativos de sala

El soporte administrativo en salas de hospitalización se ha diseñado para ordenar el trabajo administrativo de las unidades de hospitalización y reducir la dedicación del personal facultativo y de enfermería a los procesos de gestión de recursos y pacientes. Sus misiones más importantes son atender el teléfono, recibir a los familiares y orientarles, mantener el orden de las historias clínicas y escribir las altas y notas de traslado, dictadas por los médicos.

INFRAESTRUCTURA

Los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular disponían de 92 camas. El 1 de enero de 1997, fecha de inicio del instituto, se cerraron 6 camas pertenecientes a cardiología y se creó un hospital de día de 7 plazas. La dotación de camas final, calculada de acuerdo con el incremento de actividad previsto, se sitúa alrededor de 100 camas. El crecimiento será básicamente en camas de intensivos y de intermedios de cirugía cardiovascular (10 camas para cada unidad). Se prevé ampliar el hospital de día, cuya actividad ha desbordado las previsiones iniciales. La utilización conjunta (entre ambos servicios) de las salas convencionales que estará operativa en el segundo semestre de este año permitirá un uso más racional de las camas. El instituto dispondrá, además, de cuatro quirófanos en un bloque quirúrgico de nueva construcción, dos salas de hemodinámica equipadas para intervencionismo y dos salas de electrofisiología. Se pretende con un plan de obras ya trazado que todas las áreas del instituto estén próximas entre sí para facilitar su funcionamiento.

RESULTADOS

Los resultados de una reorganización tan profunda y a la vez novedosa no pueden analizarse a corto plazo. No obstante, el hecho de que el Institut de Malalties Cardiovasculars lleve más de un año en funcionamiento ofrece la posibilidad de comprobar si las expectativas de mayor eficiencia se han cumplido. En las **tablas 2, 3 y 4** se expone la actividad desarrollada por el ins-

TABLA 2
Actividad del Institut de Malalties Cardiovasculars en 1997

	Número	Incremento (%)*
Ingresos	4.227	17,5
Primeras visitas	2.147	24,7
Ecocardiogramas	4.280	4,6
Ergometrías	1.646	3,9
Doppler vascular	540	76,5
Cateterismos	2.655	13,0
E. electrofisiológica	720	22,9
Intervenciones	1.726	7,8

*Porcentaje de incremento sobre 1996.

TABLA 3
Actividad de Institut de Malalties Cardiovasculars

	Cardiología		Cirugía cardiovascular	
	1996	1997	1996	1997
Altas	2.450	2.961	1.149	1.266
EM	7,78	5,72	9,35	8,97
PMR	1,51	1,65	3,54	3,30

EM: estancia media; PMR: peso.

tituto durante 1997 en comparación con el año previo. Los resultados demuestran un aumento importante en casi todas las áreas, sin reducción del peso relativo medio, una medida de la complejidad de los pacientes atendidos. La relación entre coste fijo y actividad ha decrecido a pesar del leve aumento del coste de personal que ha supuesto la creación de las plazas de coordinador de enfermería y la dotación de administrativas. Un factor crítico en el éxito lo ha constituido la creación de la gestión de pacientes. En la **figura 4** se observa la evolución de la estancia media y el efecto de la gestión unificada sobre ella.

Uno de los objetivos del HOP es conseguir una mayor satisfacción de los profesionales. A los 6 meses de funcionamiento, una encuesta entre el personal del instituto reveló que el 82% de los médicos consideraban que el Institut de Malalties Cardiovasculars constituye una forma mejor de organización.

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL INSTITUTO

Un proyecto de esta naturaleza no deja de presentar dificultades, especialmente considerando lo complejo que resulta el entramado de un hospital universitario. Los problemas pueden surgir desde el inicio debido a las grandes expectativas que genera entre los profesionales. Además, la idea que cada miembro de la plantilla tiene de un «centro enfocado en el paciente» puede variar de acuerdo con estas expectati-

TABLA 4
Gasto/actividad

	Ptas./UBA
Año 1996	23.378
Presupuestado 1997	23.989
Real año 1997	22.311

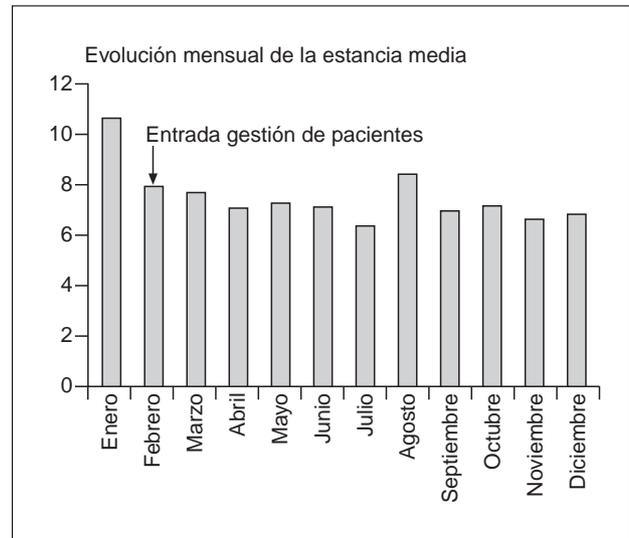


Fig. 4. Evolución de la estancia media.

vas. El proceso de autocrítica que precede al rediseño es otra fuente de problemas, por la dificultad en asumir que se ha estado trabajando mal durante años. La nueva estructura redistribuye el poder, de tal forma que para algunos miembros de la plantilla puede suponer una pérdida del estatus. Todo cambio genera recelo y agrava la desconfianza existente entre administración y médicos, e incluso entre médicos de diferentes servicios.

El instituto debería suponer un grado de autogestión elevado. Aunque es posible que a medio plazo pueda alcanzarse este objetivo, en el momento actual ni los sistemas de información de los hospitales ni la forma de pago de la Administración permiten establecer una verdadera cuenta de resultados. Esto motiva la dificultad de que el instituto pueda incentivar a sus profesionales y asegurar que el esfuerzo inicial se mantiene.

De cualquier forma, los resultados de este primer año demuestran que la participación de los médicos en la gestión es positiva. El aumento de la actividad con la contención del gasto, así como el mantenimiento de los parámetros de calidad asistencial y satisfacción de los pacientes sugieren que, si la Administración es capaz de realizar un esfuerzo paralelo introduciendo el pago por proceso, los institutos pueden ser instrumen-

tos eficaces de gestión. No obstante, la Administración debe asegurar también que el pago de cada proceso es el adecuado; además, deberá desarrollar mecanismos que aseguren la calidad con el fin de que la competencia entre hospitales, especialmente entre universitarios y privados sea leal.

AGRADECIMIENTO

Al desarrollo del Institut de Malalties Cardiovasculars han contribuido muchas personas desde la gerencia y direcciones funcionales del hospital a todo el personal de los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular. Las ideas y propuestas de rediseño han surgido de múltiples reuniones

entre todos ellos, por lo que resulta imposible adjudicar la paternidad de los cambios a una persona determinada. Todos ellos merecen nuestro mayor agradecimiento. Además, gran parte de los conocimientos teóricos sobre la sanidad y la metodología empleada los han aportado los miembros de la consultoría Coopers & Lybrand; la escasa bibliografía de este artículo no hace justicia a su colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez JR. La integración vertical de los sistemas de provisión. Documentación de Coopers & Lybrand.
2. Rodríguez JR. El hospital orientado al paciente. JANO. En prensa.