

# La propuesta de rediseño del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

**Guillermo Vázquez<sup>a</sup>, Salvador Benito<sup>b</sup>, Domingo Ruiz<sup>a</sup>, Pere Domingo<sup>c</sup>, Gemma Domingo<sup>d</sup>, Dolors Soler<sup>d</sup>, María Teresa García<sup>d</sup>, Santiago García<sup>d</sup>, Pedro Lázaro<sup>d</sup>, Àngels Fontanet<sup>d</sup>, Marta Prieto<sup>d</sup>, Jaume Monmany<sup>a</sup>, Jordi Farrerons<sup>a</sup>, Miquel Santaló<sup>b</sup>, Silvestre Martín<sup>e</sup> y Mercedes Gurgui<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. <sup>b</sup>Complejo de Urgencias y Críticos. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. <sup>c</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna y Urgencias. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. <sup>d</sup>Enfermería. Servicio de Medicina Interna. Complejo de Urgencias y Críticos. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. <sup>e</sup>Unidad de Informática. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. España.

Correspondencia: G. Vázquez.  
Servicio de Medicina Interna y Urgencias.  
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.  
San Antonio Maria Claret, 167.  
08025 Barcelona. España.  
Correo electrónico: gvazquez@hsp.santpau.es

## Resumen

**Objetivo:** La sociedad para la cual trabajan los hospitales está sufriendo cambios demográficos, tecnológicos y culturales. El servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo considera estos cambios como oportunidades de mejora. Presentamos la metodología aplicada y las propuestas para la reingeniería de dicho servicio.

**Método:** Se ha utilizado la técnica del grupo nominal para identificar y priorizar objetivos, seleccionar problemas e intervenciones a implementar. En estos grupos han participado todos los estamentos sanitarios, junto con asociaciones de vecinos de nuestro entorno hospitalario, autoridades sanitarias externas al hospital, así como enfermos y sus familiares. El rediseño se inició en 1998 y persiste abierto hasta ahora.

**Resultados:** Se consideró que los puntos fuertes del SMI eran su polivalencia y su adaptabilidad a diversos escenarios. Los 7 objetivos seleccionados identifican los clientes externos e internos. Entre los 5 problemas priorizados, 3 se centran en la mejora de la gestión de procesos y 2 en la formación de habilidades no clínicas. Finalmente, se proponen un conjunto de 23 puntos con influencia en la actividad diaria asistencial, y dirigidos a impulsar la participación de todos los miembros del equipo en los objetivos del servicio/hospital y en la resolución de los problemas de los ciudadanos.

**Conclusiones:** Nuestra propuesta de rediseñar el SMI aporta 2 aspectos importantes. El primero objetiva la importancia de trabajar con una metodología específica y participativa. El segundo identifica objetivos, detecta problemas, propone intervenciones de mejora y selecciona un conjunto de resultados, que deben permitir el rediseño de nuestro SMI. Esta propuesta de rediseño, sigue abierta e incorpora mejoras.

**Palabras clave:** Medicina interna. Reingeniería de servicios hospitalarios. Mejora de la calidad.

## Introducción

El Hospital Universitario de la Santa Cruz y San Pablo (HSCSP) está ubicado en el centro de la ciudad de Barcelona, con una población asignada cercana al medio millón de

## Abstract

**Objective:** The society which hospitals serve is currently undergoing demographic, technological and cultural changes. The Internal Medicine Service (IMS) of the Hospital de la Santa Cruz y San Pablo considers these changes to provide an opportunity for improvement. We present the proposals and methodology applied for the re-engineering of the IMS.

**Method:** The nominal group technique was used to identify and prioritize objectives and to select problems and interventions for implementation. Hospital staff of all levels, residents' associations in the hospital's vicinity, health authorities external to the hospital, patients and their families participated in these groups. The redesign was initiated in 1998 and continues to date.

**Results:** The strong points of the IMS were considered to be its multidisciplinary training and adaptability to different situations and needs. The seven objectives selected identified the external and internal clients. Among the five main problems prioritized, three centered on improving process management and two on non-clinical skills training. Finally, 23 end points influencing daily clinical activity were selected. These end-points aim to improve the participation of all the team members in the objectives of the service/hospital and to help in resolving citizen's problems.

**Conclusions:** Our proposal for remodelling raises two important issues. The first reveals the importance of working with specific and participative methodology. The second identifies objectives, detects problems, proposes courses of action for improvement, and selects a number of end points, which should be incorporated in the redesign of our IMS. The proposed redesign continues to be open and to incorporate improvements.

**Key words:** Internal medicine service. Re-engineering hospital services. Quality improvement.

habitantes. Está dotado de todas las especialidades médicoquirúrgicas, y forma parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus 600 años de antigüedad, lo convierten en el hospital más antiguo de Cataluña y también de España.

Los cambios demográficos, los retos sanitarios, las nuevas tecnologías, junto con los cambios en la cultura y los valores de la ciudadanía, hacen que el panorama futuro que debe de encarar el HSCSP sea distinto del que afrontó a finales del siglo xx. Para entender esta situación, basta reseñar algunos aspectos relevantes. La población geriátrica<sup>1</sup>, los enfermos crónicos complejos<sup>2</sup>, o la población inmigrada, se están convirtiendo en clientes prevalentes. Estos colectivos representan formas de afrontar la enfermedad, que obligan a variar el modelo asistencial que actualmente se utiliza. Nuevos métodos diagnósticos combinados con nuevos tratamientos han aumentado la esperanza de vida de numerosas enfermedades, mientras que en otras han permitido curarlas y, en muchas ocasiones, prevenirlas eficazmente. Otra dimensión es la revolución que supone la accesibilidad al conocimiento<sup>3</sup>, junto con las nuevas formas de relacionarse/comunicarse<sup>4</sup>, como el correo electrónico y la telemedicina. Estos cambios, a su vez, han tenido lugar en el momento que se pasa de una sociedad burocrática a una sociedad competitiva que requiere alianzas permanentes<sup>5,6</sup> y el enfoque de los problemas de manera multidisciplinar<sup>7,8</sup>. Finalmente, el ciudadano y sus necesidades se han convertido en el centro de la sanidad<sup>9</sup>.

El HSCSP inaugurará este año la primera fase de un nuevo hospital, que estará definitivamente acabado en los próximos años. Este nuevo hospital sustituirá al actual, de estilo modernista, considerado patrimonio de la humanidad. Este cambio puede considerarse globalmente una oportunidad de mejora. El objetivo de este trabajo es presentar cómo se ha trabajado en rediseñar un servicio de medicina interna (SMI) para resituarlo estratégicamente dentro del contexto generado por las nuevas demandas de la ciudadanía de Barcelona. El proyecto se inició en 1998, y las primeras recomendaciones se hicieron operativas en 1999, y, desde entonces, ha continuado abierto de manera permanente.

## Método

El método adoptado para renovar el SMI y adaptarlo a su entorno fue el de reingeniería de servicios<sup>9</sup>. Este método, originado en las industrias y empresas, consiste en buscar un cambio radical centrado en "qué queremos ser" y no en "qué somos". La palabra radical busca señalar que los cambios deben de afectar la raíz de los problemas y abarcar simultáneamente todos los aspectos que confluyen en un mismo objetivo. La primera medida que se adoptó por parte de la gerencia del hospital fue la creación de un grupo de profesionales, con experiencia tanto en el campo clínico como en el campo de la gestión, para que lideraran el proyecto de cambio.

Las fuentes de información utilizadas para elaborar el cambio fueron: *a)* las memorias anuales de gestión e investigación del HSCSP, que permitieron cuantificar la labor asistencial y científica de manera objetiva; *b)* los planes bianuales de salud de Cataluña y de la ciudad de Barcelona, que han permitido identificar los cambios demográficos y sus tendencias, así como conocer las prioridades sanitarias marcadas por el gobierno autonómico y por el propio gobierno de la Generalitat<sup>10</sup>; *c)* las reclamaciones de los usuarios que han

permitido detectar los aspectos de la calidad percibida relevantes para ellos, y los acontecimientos centinelas; *d)* las bases bibliográficas internacionales utilizadas para identificar los posibles modelos y funciones de los servicios de medicina interna en los países occidentales; también se buscaron los modelos organizativos alternativos a los actuales y las posibles áreas de mejora susceptibles de poder aplicarse, y *e)* finalmente se realizaron entrevistas con informadores clave, seleccionados por su relación y conocimiento con el ámbito de la medicina interna desde distintas perspectivas y vivencias. Estos informadores fueron autoridades de ámbito autonómico, directores del HSCSP, jefes de servicio, supervisoras, usuarios, asociaciones de vecinos y, finalmente, enfermos.

Para identificar las características positivas y negativas junto con las posibilidades de mejora del SMI, se utilizó la técnica DAFO<sup>11</sup>, en la que participaron todos los jefes de unidad del servicio del SMI y urgencias, junto con médicos adjuntos de todas las áreas asistenciales del servicio, residentes, supervisoras y enfermeras; el número total de participantes fue de 24 personas.

La técnica de grupo nominal (TGN) se utilizó para identificar y priorizar tanto objetivos como problemas, junto con sus posibles soluciones<sup>11</sup>. En estos grupos se incluyó personal perteneciente a todos los estamentos del servicio; inicialmente estaban formados por un número de personas que oscilaba entre 8 y 12. Previamente, se comunicó a todos los estamentos médicos, enfermeros y personal de otras carreras sanitarias (rehabilitadores, psicólogos, asistentes sociales) la creación de dichos grupos y sus objetivos; también se explicó que la participación sería voluntaria, que no existiría remuneración económica por dicho trabajo, el cual se realizaría durante las horas laborables. Los grupos se formaron procurando que los profesionales tuvieran relación con el tema a tratar en dicho grupo, y que además estuvieran representados todos los estamentos y los eslabones asistenciales del problema a tratar. Los responsables de las distintas áreas colaboraron para que las reuniones se pudieran hacer en los horarios laborables. En total se formaron 12 grupos diferentes. Inicialmente se reunieron una media de 4 veces al año durante 1998, y luego una vez al año; en total participaron más de 100 personas. Cada grupo tenía un área específica para su análisis y discusión; algunos de sus miembros podían participar en varios grupos.

La reducción del total de objetivos, problemas y soluciones presentados por los grupos se hizo de acuerdo con el siguiente esquema: *1)* se fusionaron en un mismo enunciado aquellas propuestas que se interrelacionaban entre sí; *2)* se eliminaron aquellas propuestas cuya solución no dependía del ámbito hospitalario o era imposible conseguir los recursos necesarios, y *3)* las propuestas finales se priorizaron en reuniones de consenso o bien mediante la técnica *delphi*, en las que participaron los responsables de los grupos. El criterio para la selección final fue que las propuestas incidieran en puntos clave para potenciar el cambio del servicio. Estas propuestas se presentaban siempre a la dirección del hospital para su aceptación previa a su desarrollo.

Se utilizaron 2 técnicas de apoyo, el diagrama de Ishikawa y el diagrama de flujos<sup>11</sup>.

## Resultados

Se realizaron 42 entrevistas, se consultaron 258 citas bibliográficas y, en total, se superaron las 480 h de reuniones.

El análisis DAFO de la especialidad de medicina interna de nuestro hospital identificó los siguientes aspectos relevantes: *a)* se consideraron las siguientes oportunidades de mejora: en primer lugar, el incremento de la población geriátrica y la presencia de inmigrantes; en segundo lugar, los pacientes afectados de enfermedades crónicas, o bien que padecen simultáneamente varias patologías; *b)* se consideraron amenazas la competencia con las especialidades médicas centradas en un órgano o sistema y el desconocimiento de la medicina interna, sus contenidos y sus características, por la opinión pública y las autoridades sanitarias; *c)* los puntos fuertes fueron: en primer lugar, su capacidad de adaptación a diversos escenarios, como urgencias, unidades de observación, salas de hospitalización convencionales, hospital de día, hospital a domicilio y gabinetes; en segundo lugar, su polivalencia y capacidad integradora que le permiten atender varios problemas coexistentes simultáneamente; es decir, pacientes con varios problemas médicos simultáneos, o en distintos momentos evolutivos de su enfermedad, y *d)* como punto débil, sólo se señaló la ausencia de una tecnología instrumental propia, que los pacientes asocian con otras especialidades médicas.

Los objetivos relevantes identificados inicialmente superaron los 35, que una vez priorizados quedaron reducidos a 7 (tabla 1). Todos los grupos trabajaron para identificar los objetivos de sus respectivas áreas. La metodología de trabajo fue la TGN.

Los problemas propuestos se seleccionaron según la relevancia de las consecuencias que originaban y por la posibilidad de ofrecer una solución factible. En este apartado, los grupos también trabajaron con la TGN, y se apoyaron en el diagrama de Ishikawa y en el diagrama de flujos. Inicialmente, se propusieron más de 50 problemas, de los que finalmente se seleccionaron 5. Estos problemas, sus consecuencias e intervenciones posibles se desarrollan a continuación.

– El primer problema seleccionado fue la fragmentación y compartimentación de la asistencia entre servicios y unidades independientes. Se consideró que sus principales consecuencias eran la descoordinación entre los servicios y/o unidades, lo cual se potenciaba por unos objetivos y rutinas de trabajo no superponibles entre sí; también se consideró que este problema originaba un enlentecimiento de los procesos asistenciales interdependientes. Las intervenciones de mejora propuestas fueron: *a)* unificar todos los recursos de urgencias y de medicina interna; *b)* crear un equipo directivo con capacidad para moverse en todas las áreas de urgencias y de medicina interna para simplificar las relaciones entre ambas; *c)* crear plantillas polivalentes que puedan actuar con efectividad y eficiencia en las diversas áreas, y *d)* coordinar todos los recursos de medicina interna y urgencias mediante programas específicos (tabla 2).

– El segundo problema considerado fue el desconocimiento y desequilibrio entre las necesidades de camas libres para atender la demanda de urgencias y el número ofertado

Tabla 1. **Objetivos relevantes\* para un servicio de medicina interna**

1. Atender al paciente geriátrico en sus dimensiones clínica, rehabilitadora y social
2. Apoyar al servicio de urgencias considerándolo el cliente número uno
3. Integración de la población inmigrante en sus necesidades asistenciales
4. Controlar el riesgo de infección nosocomial, para evitar:  
La mortalidad añadida que conlleva  
El exceso en el consumo de recursos que produce
5. Hacerse cargo de los pacientes en los que las especialidades no aporten un valor añadido (p. ej., pacientes médicos paliativos, situaciones vegetativas, infección nosocomial de larga estancia)
6. Ofertar una respuesta integrada a los problemas clínicos de nuestro entorno
7. Introducir la cultura de la calidad total centrada en el ciudadano, junto con la gestión eficiente de los recursos

\*Todos los objetivos priorizados tienen una importancia similar y deben de valorarse conjuntamente. Esto se debe a las interrelaciones que tienen entre sí las intervenciones encaminadas a convertirlos en resultados objetivos.

diariamente por parte de medicina interna. Su consecuencia era la saturación permanente de urgencias. Las intervenciones de mejora propuestas se centraron en optimizar el empleo de las camas de medicina interna mediante las siguientes medidas: *a)* reducción del tiempo de estancia en las salas mediante un conjunto de acciones específicas. Estas medidas fueron mantener los ritmos de altas durante festivos, vacaciones y puentes; el cierre de los episodios hospitalarios de los pacientes estables en otras unidades de apoyo, como pueden ser los hospitales de rehabilitación, convalecencia, residencias para ancianos, o bien utilizando la hospitalización a domicilio o el hospital de día; finalmente, también se consideró muy importante el control de la infección nosocomial para evitar el aumento de los tiempos de estancia; *b)* disminución de la demanda de urgencias mediante circuitos alternativos a los pacientes crónicos con múltiples ingresos (p. ej., hospital de día); la aplicación de nuevas modalidades de relación médico-enfermo, como puede ser la telemedicina y, finalmente, la oferta al O61 de la información necesaria de determinados pacientes (p. ej., cardiopatía isquémica), que permita elegir los circuitos de urgencias más adecuados para éstos.

– El tercer problema fue la ausencia de correlación entre el *case mix* y el recurso utilizado. Esta situación originaba la ubicación de pacientes en áreas con recursos inadecuados a sus necesidades. Esta situación podía producirse por déficit de recursos (p. ej., infartos de miocardio en salas de observación) o por su exceso (p. ej., pacientes que han superado una fase crítica y siguen en un área de vigilancia intensiva). También se consideró que la situación deficitaria se podía originar por la carencia real de tecnología adecuada a las necesidades de los pacientes. Las intervenciones de mejora propuestas se centraron en 3 aspectos: *a)* identificar el *case mix* y, por tanto, sus recursos necesarios mediante la utiliza-

Tabla 2. **Áreas asistenciales\* y programas\*\* de un servicio de medicina interna**

	Situación
<i>Áreas que deben de figurar en el organigrama</i>	
Complejo de urgencias, emergencias y críticos	A
Unidad de semicríticos	A
Salas de alta rápida	A
Salas de hospitalización convencional	A
Hospital de día	A
Hospital a domicilio	C
Hospitales de apoyo***	A
Consultas externas y gabinetes para médicos/enfermería	B
Talleres	B
Unidad de telemedicina	C
Unidad de apoyo y evaluación asistencial****	B
Áreas de espera para enfermos y familiares	A
Áreas de trabajo para el equipo asistencial	A
<i>Programas de coordinación de aplicación diaria</i>	
Altas rápidas	A
Prevención de reingresos	A
Gestión de altas en períodos festivos	A
Atención sociosanitaria para ancianos frágiles	A
Formación de cuidadores	B
Colaboración con centros de atención primaria	B
Colaboración con centros para pacientes crónicos y residencias asistidas	A
Coordinación con el 061	A
Coordinación domiciliaria	C
<i>Otros programas</i>	
Activación simultánea de diversas unidades y salas*****	A
Programas especiales de invierno	A
Gestión de situaciones imprevistas	A

A: implantado y desarrollado; B: en fase de desarrollo; C: aceptado pero no desarrollado.

\*Este conjunto de áreas hace que el servicio de medicina interna deba de verse como una unidad funcional mas allá de la estructura física de una sala o unas consultas; \*\*los programas suponen un conjunto de actividades coordinadas sin las cuales es imposible que se cubran adecuadamente las expectativas de asistencia integral al ciudadano; \*\*\*hospitales de apoyo: hospitales destinados a derivar determinados pacientes estabilizados; \*\*\*\*unidad de apoyo y evaluación asistencial: su finalidad es asegurar la regularidad en el trabajo a los grupos de consenso, la renovación de guías clínicas y protocolos, la implementación de conocimientos en informática, o cualquier otra actividad que sobrepase la actividad asistencial; \*\*\*\*\*activación simultánea: indica la necesidad de planificar la coordinación conjunta de determinadas áreas y equipos, como el 061, radiología, especialistas, quirófanos, para optimizar los resultados.

ción sistemática de instrumentos adecuados; b) crear los recursos o acondicionar los existentes al *case mix* de los pacientes (p. ej., unidad de semicríticos); c) eliminar las trabas burocráticas y administrativas para poder gestionar con agilidad los circuitos asistenciales.

– El cuarto problema seleccionado fue la disociación entre los conocimientos clínicos y los conocimientos en gestión de recursos. Se consideró que las consecuencias que conlleva esta disociación eran favorecer la descoordinación y saturación de servicios, desaprovechar las oportunidades de mejora y, finalmente, incrementar la resistencia de las plantillas sanitarias a los cambios. Las intervenciones propuestas fueron: a) formación en mejora continua de la calidad conjunta para médicos y enfermeras de las áreas asistenciales; b) fomentar el trabajo de grupos focales con los usuarios/enfermos para identificar sus necesidades y dirigir las actividades médicas/sanitarias para solucionarlas.

– El quinto y último problema seleccionado fueron las carencias y desigualdades en los conocimientos como usuarios de los medios informáticos. Sus consecuencias directas eran un aprovechamiento deficiente de los medios/programas informáticos implantados en el servicio, lo cual presupone un desaprovechamiento de las opciones de mejora relacionadas con las redes informáticas. Las intervenciones de mejora posibles propuestas fueron: a) incorporar a la formación de médicos y enfermeras/os del servicio una formación tutelada y específica en este campo; b) revertir la información obtenida mediante los sistemas informáticos a la actividad médica para mejorar su capacidad de decisión.

Finalmente, mediante toda la información recabada por los informadores expertos, la lectura atenta de la bibliografía y las aportaciones de los grupos de trabajo, se realizó una propuesta de “cuadro de mando” (CM) que sirviera como instrumento de seguimiento de la evolución del SMI. La premisa de la que parten estos CM es la de que los diversos puntos que lo componen deben de ser comprensibles, conocidos y fáciles de identificar por todos los miembros del SMI y, además, ser coherentes con la misión y los valores del hospital. Este CM se recoge en la tabla 3.

## Discusión

Nuestro trabajo aporta las propuestas para un proceso de cambio en el SMI del HSCSP. Estas propuestas son los resultados del trabajo de grupos multidisciplinarios, y también del recurso a diferentes fuentes de información científica y, especialmente, de los Planes de Salud de Barcelona<sup>10</sup>. Su objetivo ha sido resituar el SMI en un nuevo entorno demográfico, sociológico y tecnológico que ofrece oportunidades de mejora<sup>12</sup>. Todas las propuestas entroncan con la misión del nuestro hospital, sus valores y su cultura. El conjunto de propuestas de cambio refleja la pluralidad de las personas que han participado en su elaboración. Este trabajo no debe ser considerado como un trabajo de investigación propiamente dicho, dado que se ha realizado y se sigue realizando sobre el trabajo del día a día. Este trabajo es un documento que intenta demostrar la factibilidad de un conjunto de estrategias y métodos de trabajo no propiamente clínicos, para rediseñar un servicio médico.

El análisis de la especialidad de medicina interna y del SMI identificó varias características sobre las que basar su ventaja competitiva, y entre todas ellas destacó su capacidad

Tabla 3. Propuesta de "cuadro de mando"

Dominios	Situación
<i>Estructura</i>	
Posee todas las áreas para cumplimentar sus objetivos	A
Tiene en su entorno todas las estructuras sanitarias de apoyo	A
Tiene las medidas de seguridad adecuadas y normalizadas	B
<i>Procedimientos</i>	
La doctrina asistencial está compartida por todos los responsables asistenciales	A
La movilidad de pacientes entre las áreas asistenciales intra y extrahospitalarias queda reflejada en programas conjuntos que aseguren su adecuación y rapidez	A
La informatización abarca analítica, imagen, historia clínica e historia de enfermería	A
La historia clínica de urgencias se comparte con los centros de atención primaria	C
Las guías de práctica clínica son complementarias entre todas las áreas	A
Tienen mecanismos para ser evaluadas, y existen incentivos para su aplicación	B
Los residuos y productos contaminantes tienen un programa de gestión	B
Los grupos de mejora continua de la calidad trabajan regularmente	B
La relación con los usuarios se basa en grupos focales	C
Los inmigrantes tienen un programa asistencial específico	C
La gestión del conocimiento abarca la asistencia a: Cursos de gestión/calidad, informática, medicina basada en la evidencia	A
Cursos clínicos/congresos internacionales	A
La garantía de calidad se cumple según el modelo propio del hospital	B
<i>Resultados esperados</i>	
Regularidad en las altas durante todos los días de la semana	A
Equilibrio entre el número de admisiones y el número de altas diarias	A
Las reclamaciones producen modificaciones/intervenciones objetivables	B
Se produce una disminución progresiva en los reingresos	B
La variabilidad en la práctica clínica mejora en áreas predeterminadas	B
En el pase de visita se consulta la bibliografía de la medicina basada en la evidencia	A
Los instrumentos de evaluación se aplican regularmente	B
Se produce regularmente un incremento en el número de: Guías de práctica clínica	A
Propuestas de mejora de la calidad de los grupos de trabajo	A
Propuesta de mejoras que se aplican por la dirección	B
Los enfermeros/médicos que acuden a los cursos de promoción del conocimiento	A

A: está plenamente implantado, aunque algún contenido esté en desarrollo o en fase de inicio; B: predominan los contenidos en desarrollo, aunque algún aspecto esté implantado; C: predominan los contenidos no implantados o bien sólo en su fase inicial.

\*Esta propuesta constituye un instrumento de trabajo en las reuniones de evaluación y seguimiento; \*\*supone la consulta bibliográfica a pie de cama.

de adaptación a diversos escenarios asistenciales gracias a su polivalencia y una relación flexible e integradora con los pacientes<sup>13,14</sup>. Estas características, coinciden con las que diversos autores<sup>8,15</sup> señalan como imprescindibles dentro del concepto de crecimiento sostenible de la sanidad, incluyendo Estados Unidos, con su Managed Care<sup>16</sup>. Este modelo asistencial que aporta el SMI no se contraponen al modelo basado en especialidades centradas en órganos y/o sistemas. Ambos serían complementarios al buscar una respuesta asistencial basada en alianzas que maximicen el valor añadido de cada una de ellas. Los objetivos seleccionados y las propuestas de mejora se orientan a utilizar estas características de la medicina interna.

Los 7 objetivos seleccionados como más relevantes para el SMI, configuran la combinación de los cambios asistenciales de nuestro entorno con la cultura de la calidad. Con ellos se intenta dar una respuesta a las necesidades de los clientes externos (p. ej., urgencias, geriatría) y a los clientes internos (p. ej., infección nosocomial, gestión de determinados tipos de pacientes [comas vegetativos]) junto con la exigencia ciudadana de eficiencia en el manejo de los recursos públicos.

Los problemas priorizados, sus consecuencias y las intervenciones propuestas, se consideraron idóneos para dar respuesta a los objetivos seleccionados del SMI.

La mejora en la gestión de los procesos supone 3 de los 5 problemas seleccionados, mientras que los 2 restantes se centran en la potenciación de las habilidades no clínicas. Las intervenciones propuestas para solucionarlos se centran en 3 ejes. El primero es la unificación del servicio de urgencias y del de medicina interna, dotarlos de todas las estructuras asistenciales necesarias, junto con una plantilla unificada y polivalente<sup>17</sup>. Simultáneamente, se propusieron un conjunto de programas que cohesionan la actuación de todas áreas asistenciales. El segundo eje es la optimización del recurso cama con una política que busque gestionar con efectividad y eficiencia algunos procesos asistenciales dispares entre sí, pero con gran repercusión en la estancia media de los pacientes. Los procesos propuestos son el control de la infección nosocomial, la regularidad en las altas y la búsqueda de alternativas al ingreso hospitalario clásico. También forman parte de este segundo eje, la necesidad de dotar al servicio de medicina/urgencias de unidades cuyos medios sean armónicos con el *case mix* del paciente<sup>17</sup>. Estas unidades pueden estar localizadas en el mismo hospital (p. ej., hospital de día) o bien ser externas a él (p. ej., hospital a domicilio). El tercer eje viene dado por la necesidad de que los conocimientos médicos de gestión, calidad e informática, se incorporen al currículo de los equipos asistenciales<sup>18</sup>. Los grupos de trabajo consideraron que los déficit en este eje contribuyen a originar resistencias a los cambios y potenciar la falta de coordinación de los equipos asistenciales.

Para entender mejor los problemas, sus consecuencias y las intervenciones de mejora propuestas, es necesario recalcar 2 aspectos de la doctrina asistencial clásica predominante hasta ahora. Esta doctrina ha considerado el cierre del episodio de hospitalización igual al alta hospitalaria. Esto ha conllevado estancias prolongadas, o incluso inadecuadas, y ha mermado la efectividad del recurso cama, a pesar de una



amplia bibliografía en la que se fijaban los criterios de la hospitalización correcta. Esta situación ha provocado su abandono al considerar que el alta hospitalaria no es sinónimo del cierre del episodio, de manera que éste se pueda realizar en otras áreas (p. ej., hospital a domicilio). Esta nueva doctrina debería permitir optimizar el empleo de la cama hospitalaria, potenciar su uso adecuado y agilizar la rotación cama/enfermo. El segundo aspecto de la teoría asistencial clásica ha sido la creencia, aún vigente en la formación médica de pregrado y posgrado, de que los conocimientos en gestión y calidad no tienen la relevancia necesaria para justificar su incorporación a su currículo formativo de manera reglada. Nuestra propuesta intenta corregir este déficit al fomentar e incentivar la formación continuada en esta área, e incorporar esta formación en los resultados del nuevo servicio.

La propuesta de resultados<sup>19</sup> se aparta de la visión clásica de un servicio limitado por un espacio físico y manejado según la perspectiva de una especialidad. Nuestra propuesta no tiene una limitación física, está centrada en resolver los problemas del ciudadano cuando entra en contacto con el hospital, y se gestiona con una organización horizontal y participativa. Se proponen 3 ítems de estructura, y se destaca la necesidad ineludible de un apoyo extrahospitalario. En el ámbito de los procedimientos, se recogen aquellos puntos que pueden influenciar más profundamente el cambio de cultura del nuevo servicio y, por tanto, ayudarán al SMI a resituarse estratégicamente. En estos ítems, se da especial relevancia a la coordinación fluida de recursos mediante programas, y se incluyen en dicha coordinación no sólo los equipos intrahospitalarios, sino también los extrahospitalarios; las guías asistenciales se contemplan como un continuo asistencial; la promoción del conocimiento<sup>20</sup> alcanza la misma importancia que los otros ítems. El trabajo de los grupos de mejora y los grupos focales se considera parte esencial de los RE. Estos grupos aseguran que los miembros del equipo asistencial se involucran en los objetivos del servicio/hospital, y diseñan las propuestas de cambio según las necesidades del ciudadano<sup>21</sup>. La gestión de los residuos producidos por el servicio se seleccionó para incorporar esta preocupación creciente de la ciudadanía y contribuir a controlarla. Los indicadores que se propone monitorizar tampoco se corresponden con aquellos indicadores clásicos útiles, especialmente para la dirección de los hospitales<sup>22</sup>. Esto se debe a que dichos indicadores no reflejan las necesidades del día a día de los equipos asistenciales, ni tampoco monitorizan las intervenciones de mejora que se vayan implementando. Esta propuesta de indicadores requerirá un seguimiento continuado no sólo para darles un formato definitivo, sino también para ver si consiguen su objetivo: apoyar a resituarse el SMI.

Nuestra propuesta de cambio representa una visión de conjunto sobre hacia dónde debe de evolucionar el SMI y tiene el valor añadido de haberse consensuado con la participación de todos los estamentos del servicio. Los diversos componentes analizados conjuntamente en este trabajo, normalmente sólo se encuentran dispersos en la bibliografía que hemos consultado. La implantación de las intervenciones propuestas se ha realizado en ocasiones al cien por cien, pero otras aún están pendientes de implementarse, como es la te-

lemedicina o el programa específico para inmigrantes. Esta propuesta de cambio adolece de algunos déficit, como el tratamiento que debe hacerse de las consultas externas para hacerlas más operativas e interactivas con el nuevo SMI. Tampoco hemos desarrollado el tema de la gestión económica del nuevo servicio. Otro tema interesante, inherente a un cambio como es la resistencia al mismo, será motivo de un estudio específico. Con relación a otras alternativas de rediseño del SMI, como podría haber sido basar la remodelación en la creación de un instituto, tampoco se contempló inicialmente; las pocas experiencias existentes en ese momento en nuestro país, junto con la ausencia de publicaciones sobre sus puntos fuertes y débiles, unido al tipo de problemas que debíamos de solucionar en el HSCSP, inclinaron la balanza hacia una salida más polivalente y flexible para el SMI. Esta propuesta de cambio tiene su ámbito de aplicación en nuestro hospital, pero es posible que tanto la metodología aplicada como algunas de las propuestas realizadas puedan ser útiles en otros servicios de medicina interna. En cualquier caso, creemos que nuestro trabajo contribuye al debate sobre el futuro de los servicios asistenciales hospitalarios para ajustarlos a los cambios de su entorno.

### Agradecimiento

Al Dr. J. Esperalba, ex gerente del Hospital, y al Dr. R. Canal ex director asistencial, por las facilidades y el apoyo que han prestado a la reforma del Servicio.

A los jefes de servicio y jefes de unidad del Hospital por sus acertadas opiniones y comentarios.

A los enfermeros y médicos que han colaborado desinteresadamente en los grupos de trabajo.

Al personal administrativo que nos ha aportado su visión imprescindible para entender determinados problemas y las soluciones posibles.

A las asociaciones de vecinos por el tiempo que han dedicado a entrevistarse con nosotros y por habernos hecho entender y valorar sus necesidades.

### Bibliografía

1. Larson EB. General internal medicine at the crossroad of prosperity and despair: caring for patients with chronic disease in an aging society. *Ann Intern Med* 2001;134:997-1000.
2. Gill T. Geriatric medicine: it's more than caring for old people. *Am J Med* 2002;113:85-90.
3. Friedman C, Elstein A, Wolf F, Murphy G, Franz P, Heckerling P, et al. Enhancement of clinician's diagnostic reasoning by computer-based consultation: a multisite study of 2 systems. *JAMA* 1999;282:1851-6.
4. Kulkarni RG, Grahnam J. Information technology in patient care: the Internet, telemedicine, and clinical decision support. En: Tierney L, McPhee S, Papadakis H, editors. *Current Medical Diagnosis and Treatment*. New York: M. LANGE, 2002; p. 1681-90.
5. Cunningham D. The NHS plan and clinicians. *Clinical Med* 2002;2:134-8.

6. Raferty J. NICE: faster access to modern treatments? Analysis of guidance on health technologies. *BMJ* 2001;323:1300-3.
7. Fuster V, Nash I. The generalist/cardiovascular specialist: a proposal for a new training track. *Ann Intern Med* 1997;127: 630-4.
8. Oriol A, Oleza R. Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Generalitat de Catalunya, secció de publicacions, 2003.
9. Grau J, Trilla A. Reingeniería: el hospital reorientado al paciente. En: Asenjo M, Bohigas LL, Trilla A, Prat A, editores. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson, 1999; p. 67-78.
10. Consorci Sanitari de Barcelona. Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat. 1999-2001. Generalitat de Catalunya, 2000.
11. Campy LF, Lapedra M, Libran G. Técnicas útiles en gestión clínica. En: Jiménez J, editor. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Madrid: Díaz Santos, 2000; p. 41-70.
12. Fernández-Díaz J, Varela J, Manzanera R. Retos y prioridades en la gestión de hospitales. En: Cabases JM, Villalbí J, Aibar C, editores. Invertir para la salud. Prioridades en la salud pública. Informe SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios par la Salud, 2002; p. 531-58.
13. Nolan J. Internal medicine in the current health care environment: a need for reaffirmation. *Ann Intern Med* 1998;128: 857-62.
14. Blumenthal D, Meyer GS. The future of the Academic Medical Center under health care reform. *N Engl J Med* 1993;329: 1812-4.
15. Yelin E. Examining Specialty Care. *Am J Med* 2000;108:89-90.
16. Knight W. Managed Care. What it is and how it works. Maryland: Aspen Publication, 1998.
17. Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Rusalleda J, Rutllan M, et al. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:45-54.
18. Sivak E. Managin Information as a Resource. En: Sibbald W, Massaro TH, editors. *The Business of Critical Care Th*. New York: Futura Publishing Company, 1995; p. 105-49.
19. Montserrat D, Martínez J, Alonso M, Merias O, Franco A, Garcia I, et al. La implantación de un cuadro de mando para su seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17: 93-8.
20. Morgan L, Sibbald W. Managing the Educational Process. En: Sibbald W, Massaro TH, editors. *The Business of Critical Care*. New York: Futura Publishing Company, 1995; p. 293-311.
21. Carrión M, Blanco JM, Salinero M, Rodríguez M, Calvo C, Valenzuela D. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18:39-45.
22. Marrón A. La gestión de la producción: el producto hospitalario. En: Jiménez J, editor. Manual de gestión para jefes de servicio clínicos. Madrid: Díaz de Santos, 2000; P. 365-98.