

## Original

# Modelos de gestión en nutrición clínica. Puntos débiles y puntos fuertes

A. García de Lorenzo, J. Álvarez, R. Burgos, L. Cabrerizo, K. Farrer, J. M. García Almeida, P. P. García Luna, P. García Peris, J. del Llano, M. Planas y G. Piñeiro

*Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). España.*

## Resumen

En el VIº Foro de Debate Abbott-SENPE se establece una discusión multidisciplinar y multiprofesional para buscar el o los modelos de gestión clínica que consideramos más adecuados para la Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) en España. Se valoran los puntos débiles y fuertes así como las oportunidades de los actuales sistemas y se concluye en la observación de una cierta disparidad vinculada no solo a las comunidades autónomas sino también a los diferentes tipos de hospital. Se propone, desde SENPE, la creación de un grupo de trabajo que ayude a la normalización de los modelos y a potenciar la cultura del Cuadro de Mandos Integral y de Gestión del Cambio.

(*Nutr Hosp.* 2009;24:135-137)

Palabras clave: *Nutrición artificial. Gestión. Modelos. Gestión del cambio. Cuadro de mandos integral.*

No existe un modelo único de Gestión en Nutrición Clínica en España y podemos considerar que los modelos de gestión actuales son fruto de la historia tanto de cada centro asistencial como de cada comunidad autónoma (CA).

En esta línea, cabe destacar que la CA Andaluza es la única que tiene normalizada y regulada la estructura de las Unidades de Nutrición, aunque no su modelo de gestión, que tiende a ser progresivamente realizado a través de Unidades de Gestión Clínica. Este modelo de gestión de las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) contempla las siguientes premisas:

- Dependencia de la Dirección Médica.
- Unidad funcional.

**Correspondencia:** A. García de Lorenzo.  
E-mail: agdl@telefonica.net

Recibido: 14-XII-2008.  
Aceptado: 7-I-2009.

## MANAGEMENT MODELS IN CLINICAL NUTRITION. WEAKNESSES AND STRENGTHS

### Abstract

At the 6<sup>th</sup> Abbott-SENPE Debate Forum a multidisciplinary and multiprofessional discussion was established in order to seek for the model or the models of clinical management most appropriate for Clinical Nutrition and Dietetics Units (CNAD) in Spain. The weaknesses and strengths as well as opportunities for the current systems were assessed concluding that a certain degree of disparity was observed not only due to regional differences but also to different hospital types. It was proposed, from SENPE, the creation of a working group helping to standardize the models and promote the culture of Integral Control and Change Management.

(*Nutr Hosp.* 2009;24:135-137)

Key words: *Artificial nutrition. Management. Models change management. Integral control.*

- Equipo multidisciplinar y especializado.
- Todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento nutricional (asistencia, docencia, investigación y divulgación).

## Puntos débiles y puntos fuertes de los sistemas de gestión en nutrición clínica en España

### *Puntos débiles*

Entre los puntos débiles debemos resaltar:

- La ausencia de normativa sobre la regulación del modelo de gestión.
- La elevada carga-presión asistencial vinculada a la propia existencia de la unidad, tema agravado tanto por el crecimiento poblacional como por las normas reguladoras de la Nutrición Enteral Domestica (NED).

- El escaso crecimiento en número de unidades y de profesionales que las conforman.
- Dificultades administrativas para la contratación de nuevos profesionales.

Por otra parte, no podemos tampoco olvidar la existencia de una insuficiente “consideración-valoración” de la nutrición por parte tanto de algunos profesionales sanitarios como de las autoridades sanitarias, así como una ausencia de implementación generalizada tanto de un modelo de cribado nutricional en los centros como de un modelo de codificación de desnutrición hospitalaria y su consiguiente actuación. A todo ello se suma, y no es lo menos importante, una escasa actividad investigadora relacionada con la elevada carga-presión asistencial que no ha evolucionado en paralelo con las necesidades de personal.

Finalmente, consideramos que hay un crecimiento inadecuado de los recursos para la aumentada demanda de grupos concretos de población (obesa, oncológica, geriátrica y neurológica) aunque este tema debe de ser considerado tanto desde el punto de vista de la amenaza como desde el punto de vista de la oportunidad.

## Puntos fuertes y oportunidades

### Puntos fuertes

No ha sido escasa ni irrelevante la labor desarrollada a lo largo de las tres-cuatro últimas décadas en este campo y ello se ve plasmado en la capacidad de:

- Tener equipos multiprofesionales y multidisciplinares en Nutrición Clínica.
- Desarrollar modelos de Unidades Funcionales (manejo de patologías concretas: disfagia, obesidad, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), traumatismo craneo-encefálico (TCA), Hospitalización a Domicilio,) y Gestor de casos.
- Destacar profesionales de referencia en nutrición en cada centro, servicio, planta o área de especialización-actividad asistencial.
- Garantizar la continuidad asistencial a lo largo de todo el proceso: desde la atención especializada hasta la conexión con atención primaria.

Además se dispone de un desarrollo sistematizado de actividades por cartera de servicios y por manual de procedimientos con capacidad de registro de actividad, auto-gestión de la demanda, protocolos y guías difundidos y actualizados y, por último, capacidad docente tanto a nivel de pre-grado y post-grado (interdisciplinar y multiprofesional) como de implementación transversal de los programas docentes de los centros.

Todo ello sin olvidar la disponibilidad de procedimientos útiles en relación con las herramientas de gestión como son el Protocolo de Documentación/Codifi-

cación (SENPE-SEDOM), el Proceso de Nutrición de la CA Andaluza, y los Indicadores de Calidad-SENPE.

Por otra parte consideramos que la existencia de una Sociedad Científica de referencia a nivel nacional, así como otras autonómicas con gran implantación (como la andaluza, la gallega, etc), que agrupa a los responsables de las UNCyD puede facilitar el compromiso formal tanto con las autoridades y responsables de la administración como con otras sociedades científicas y la sociedad en general

### Oportunidades

- En lo que respecta a oportunidades consideramos el desarrollo de Planes Estratégicos de las Unidades de Nutrición con clara definición de objetivos (Asistenciales, Docentes, Investigación y Calidad *sensu lato*) así como el desarrollo e implementación de los contratos de gestión de las UNCyD.

- Creación de un Grupo de Trabajo de Gestión con los siguientes objetivos:

- Desarrollar un modelo de UNCyD, como modelo de gestión completo, que pueda ser reproducible en toda España.
- Establecimiento de Estándares (selección de *un mínimo* de Indicadores de Calidad).
- Desarrollar el Proceso de Evaluación.
- Facilitar el Proceso de Acreditación (normas...).
- Implementar un diálogo con las Administraciones de la Salud de cara a la consecución de un Plan Estratégico contra la Desnutrición.
- Establecer flujos de dependencia y de rangos de acción: Cuadro de Mandos Integral (CMI).

### Cuadro de mandos integral

El punto de partida para lograr la implantación eficiente del CMI es la existencia de un plan estratégico en el Centro Hospitalario que se convierte en el plan director de los cambios a efectuar en la organización y la creación de los indicadores estratégicos que permitan medir el logro de los objetivos. Es importante transmitir la importancia que tiene entender las organizaciones como una suma de procesos (agregación de subprocesos y actividades) estructuradas y medibles, diseñadas para obtener un determinado producto o servicio, para clientes intermedios o finales y que crean valor. Entendemos el CMI como un modelo de gestión en el que *la atención sanitaria es un proceso cuyo producto, la prestación sanitaria, debe producir salud o ayudar a restablecerla*. Esta definición recoge, implícitamente, la existencia de elementos clave que permiten establecer criterios para medir la calidad del producto obtenido del proceso. Podemos hablar de la probabilidad de que un paciente reciba la adecuada asistencia sanitaria o el soporte nutricional idóneo para

su enfermedad, o podemos plantear la relación entre lo conseguido en términos de resultados sobre los pacientes ingresados y lo invertido en términos de recursos para conseguirlo, o podemos proponer un modelo que sea equitativo priorizando en igual acceso a igual necesidad sanitaria. En definitiva, un proceso asistencial público genera calidad asistencial si es eficaz, eficiente y equitativo. Por lo tanto, la existencia de procesos (asistenciales) obliga a medir lo que hacemos y cómo lo hacemos y estos aspectos, que constituyen los elementos clave del proceso, son las premisas básicas que permiten la construcción e implantación de un CMI en una organización. Ahora que tenemos los ingredientes necesarios para entender y aplicar el CMI a la gestión asistencial pública, las preguntas que deberíamos contestar para poder continuar son:

- ¿En qué tipo de centro hospitalario vamos a aplicar el CMI?
- ¿A qué nivel organizativo?
- ¿En qué procesos del hospital?

Las respuestas, en este caso, son:

- En un centro hospitalario público.
- A nivel estratégico: desde la visión estratégica del hospital.
- En un proceso asistencial: el soporte nutricional.

Un sencillo CMI en la UNCyD nos permite hacer un seguimiento de aquellos aspectos de la actividad asistencial que son estratégicos para lograr los objetivos propuestos. Sin embargo, el modelo no se agota con la definición de los indicadores y su vinculación a los factores clave de la actividad. Una desviación medible sobre un objetivo previamente establecido debe gene-

rar una respuesta casi-automática que permita su corrección. Por lo tanto el modelo debe integrar en su desarrollo los mecanismos adecuados que permitan poner en marcha las iniciativas que corrijan estas desviaciones. Estas iniciativas pueden afectar a personas, procesos o tecnología y se estructuran sobre lo que se denomina Gestión del Cambio que por ende mejorará, sobre todo, la dimensión calidad asistencial.

### Colaboradores

A. Abdellah, G. Adrio, M.<sup>ª</sup>V. Alonso de Castro, M. Ardevol, C. Arraiza, J. Arrizabalaga, A. Ayucar, P. Bachiller, M.<sup>ª</sup>A. Bobis, F. Botella, M.<sup>ª</sup>V. Calvo, E. Camarero, A. Castaño C. Castells, S. Celaya, M. Cerveras, J. Culebras, T. Chucla, P. Garde, E. Gea, A. Gil, C. Gutiérrez, E. Hernández, E. Hortelano, F. Illan, L. Irigoyen, J. Jiménez, M. Jiménez, L. Laborda, T. Lajo, M. León, J. López, R. López, C. Losada, F. M. Lozano, T. Maries, P. Marse, M. A. Martínez, M. J. Martínez, L. Martínez, G. Mercadal, A. Mesejo, J. B. Molina, J. C. Montejó, J. Moreiro, J. M. Moreno, C. Navarro, J. L. Nuño, J. Olivares, J. Olondriz, I. Peiro, M. Pérez, J. C. Pérez-Pons, C. Pérez-Portabella, J. Poquet, B. Quintana, J. M. Rabat, B. Rodríguez, H. Romero, P. Sabin, M. Sagales, A. Sancez, C. Sánchez, M. L. Sánchez, J. Sánchez-Nebra, M. Sirvent, I. Ulibarri, C. Vaquerizo, C. Wanderbergue.

### Agradecimientos

SENPE agradece a Abbott Nutrition International su colaboración y firme apoyo en la realización de los foros de debate.