

Gestión clínica de los procesos asistenciales

Modesto Martínez Pillado

PID_00217768

Índice

Introducción.....	5
1. Implantación de la estrategia: notas imprescindibles.....	9
2. Cómo crear valor para el usuario.....	12
3. La mejora continua.....	15
4. Gestión basada en funciones frente a gestión por procesos....	17
5. Priorización de procesos asistenciales.....	20
6. Etapas para la mejora de los procesos asistenciales.....	24
7. Resultados para valorar el ciclo de cuidado.....	27
8. ¿Cuál es la forma de medir los resultados de las políticas de salud?.....	32
8.1. Limitaciones de los indicadores de resultados	33
8.2. Limitaciones del conjunto mínimo básico de datos	35
8.3. Las listas de espera como indicador de resultado	40
8.4. Las distintas “esperas”	41
8.5. El riesgo como modulador de la espera	42
8.6. Medidas para gestión de la capacidad	44
8.7. Medidas para gestionar la variabilidad	45
9. Casos de éxito en la gestión y dirección de organizaciones....	50
10. Anexo. Método <i>Quick view</i> para la toma de decisiones.....	61
Bibliografía.....	65

Introducción

Estamos en una perplejidad y confusión mayúsculas. Ineludiblemente, estamos en un momento de fractura. El cambio es tal que alguno de los principios básicos de convivencia ya no son útiles o significan otra cosa (p. ej., sanidad universal) o, simplemente, tienen una relevancia menor. En menos de un lustro, hemos pasado de poner el foco en la mejora del proceso (ahora sí, y sin vuelta atrás) a ponerlo en la mejora de la gestión de personas. Hace años se solicitaban muchas y muchas personas para las administraciones públicas (sanidad sobre todo) y, efectivamente, se incorporaron muchísimas personas. En realidad, se estaba pidiendo mano de obra con la idea de que más es mejor (tener más hospitales implicaba menos listas de espera). Así de simple. Tan simple como seguir pagando por disminuir listas de espera con incrementos de actividad. En realidad, lo sabíamos desde siempre, pero era muy cómodo no tenerlo en cuenta. Las personas agrupadas dan mejores resultados. Ha sido la revolución de las TIC, pero sobre todo el entorno de crisis, las razones que nos han obligado a detectar necesidades de mejora de la eficiencia. Es necesario un cambio de observaciones, verlo de manera distinta. No aprender más de lo mismo, sino un cambio de mirar y ver. Creíamos que muchas cosas son inamovibles cuando están cambiando los referentes de actuación alineados con los ciudadanos.

“En muchas organizaciones y ante los cambios siempre hay partidarios y detractores, comportamientos *ad hoc* o aquellos que no quieren cambiar; aquellos que priorizan lo cómodo frente a otros que priorizan lo complejo, o sencillamente, ante tanto cambio, decide esperar. La psicología de las organizaciones, la teoría económica, el sentido común y hasta el instinto ayudan a diagnosticar, tratar y evaluar las posibilidades de cambio”.

Actividad 1 (introdutoria)

Chris Gardner <https://www.youtube.com/watch?v=VXWtuHHBi-w> es un empresario de éxito. Su historia sirvió de argumento para la película *En busca de la felicidad*, protagonizada por Will Smith. “Estamos en un momento emocionante”, señala en ese vídeo Gardner.

1. Argumentad los tres principales mensajes que Gardner comenta en ese vídeo para promover el cambio.

Actividad 2

1. Escribid una pregunta relacionada con un problema en vuestro trabajo.
2. Responded de manera consecutiva, impulsiva a esa misma pregunta (como máximo utilizad seis respuestas consecutivas).

Palabras clave

Resultados de salud (*outcomes*); gestión basada en funciones frente a basada en procesos; el ciclo del cuidado del paciente CRM; diagrama de Gantt; teoría de las limitaciones; ley de Little; tiempo de flujo; tiempo de ciclo; variabilidad de la práctica médica; *outcomes*; *performance indicators*; CMBD; gestión de listas de espera; gestión del riesgo.



3. Identificad cada una de las seis respuestas anteriores con una de las letras siguientes, según consideréis la relación que tiene. Si existen dos o más, elegid un solo motivo.

- a) No existencia de incentivos económicos.
- b) No existencia de incentivos personales.
- c) No existe cultura de evaluación.
- d) Falta de hábito personal de superación.
- e) Orientación a la producción no a producción de calidad.
- f) No se incorpora el valor añadido.

4. Responded a la misma pregunta, tratando de ir al fondo del problema.

5. ¿A qué hace referencia esta respuesta?

- a) Medios.
- b) Dinero.
- c) Emociones.

- Pensad y escribid: ¿Qué relación hay entre las preguntas y las repuestas (las espontáneas y las razonadas)? ¿Qué recursos necesitáis para mejorar?
- ¿Qué sabéis ahora sobre el problema?

Actividad 3

Indicadores y *outcomes*: concordancia

La gestión por procesos es un mantra habitual. (En ocasiones, parece el único). Ahora bien, aprender de los mejores nos lleva a realizar preguntas adecuadas para poder adaptarlo a nuestro entorno. Lo importante no es lo que se hace, sino cómo se hace y sus resultados. Para ello, necesitamos indicadores claros de entrada y salida. Si no tenemos indicadores claros, se suelen hipertrofiar los procesos, las unidades y los servicios, por no tener claro qué queremos hacer y con qué medios. El Hospital del Mar presenta buenos resultados y es un habitual ejemplo en algo tan frecuente como la gestión del proceso de insuficiencia cardíaca.

1. Leed con atención el proceso de insuficiencia cardíaca.

2. Identificad al menos uno de los siguientes indicadores por área. Justificad o refutad su pertinencia.

- ¿Cuál es el indicador de entrada al proceso?
- ¿Cuál es el indicador de salida?

Web recomendada

Hospital del Mar. Programa de insuficiencia cardíaca. http://www.parcdesalutmar.cat/insuficiencia-cardiaca/es_index.html

- ¿Cuál es el indicador de resultados?

Actividad 4

Reproducid la búsqueda en Google con las palabras clave en español que veis a continuación. Seleccionad un cuadro de mandos de cualquier hospital. Comparadlo con el de vuestra organización o, al menos, con aquellos datos a los que tengáis acceso. ¿Qué incorporaríais o cambiaríais? Justificad vuestra respuesta.

	Búsqueda internacional	Búsqueda en español
Bases de datos	GOOGLE SCHOLAR + SCIENCE DIRECT + EBSCO HOST + PUB MED	ELSEVIER + DIALNET
Palabras clave	Balanced Scorecard + Spain / Spanish	Cuadro de mando integral + hospital / salud / sanidad / centros sanitarios

Actividad 5

1. Identificad un proceso en vuestra organización o en un hospital de vuestro entorno o seleccionad cualquiera de las experiencias citadas en el texto.

2. Resumid en una tabla cada una de las propuestas de mejora. Justificad cada uno de los apartados (objetivo, responsables, recursos, referencia, etc.) que señaléis como área de mejora.

3. Utilizad un diagrama de Gantt para temporalizar su puesta en marcha y evaluación.

Podéis utilizar alguna de las guías y tablas que siguen o cualquier otro que os resulte útil.

Web recomendada

B. González Sanchez y otros (2011). "El Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario español. Una revisión analítica de la literatura". *RIGC* (IC17), enero-junio) http://www.observatorio-iberoamericano.org/RICG/N%C2%BA_17/M_Beatriz_Gonzalez_Ernesto_L%C3%B3pez-Valeiras_Jacobo_G%C3%B3mez_Conde.pdf

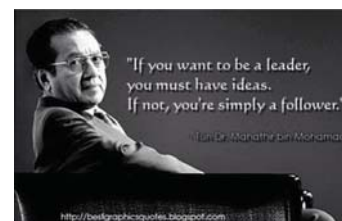


1. Implantación de la estrategia: notas imprescindibles

Los procesos estratégicos están ligados a lo que quiere ser la organización, a su misión y visión de sí misma, por lo que se orientan al resto de los procesos (y del que se nutren los indicadores). Necesitan una implicación de la Dirección en toda su extensión. Deben utilizar lo bueno que tiene la organización para lograr resultados. No es una declaración de intenciones para guardar en el cajón, sino que ante una necesidad de priorización ayuda (obliga) a tomar decisiones. Un proceso estratégico lo es por la repercusión que tiene en el usuario final. Por ello, cuando se hace un seguimiento de resultados hay que evitar medidas cortoplacistas (pedir actividad simplemente, ya sea número de consultas, rendimiento quirúrgico, etc.). Si la organización se ha orientado hacia la calidad total, tienen que primar esa calidad y su medición, con la confianza de que esa orientación estratégica traerá los mejores resultados.

J. M. Eisenberg es uno de los investigadores más destacado en resultados de salud (*outcomes*). Su trabajo más influyente relaciona las decisiones de intervención sanitaria con los costes que generan. Un trabajo posterior estudia los factores que influyen para cambiar la práctica habitual de los facultativos en intervenciones realizadas alrededor de los años noventa. Herramientas como educación, *feedback*, participación, reglas administrativas o incentivos o penalizaciones, ya fueran únicas o combinadas, ya se habían utilizado en distintas intervenciones hace casi treinta años. Es cierto que muchas de esas herramientas incluyen en sí mismas otras nuevas herramientas, asociado al despliegue de nuevas tecnologías. Ahora bien, básicamente tratan de modificar la práctica habitual, siquiera por hacerla homogénea de acuerdo con lo deseable (evidencia).

Sorprende, o no tanto, que la formación continuada no promueva cambio alguno por sí misma, incluyendo la difusión de las guías de práctica clínica. No existían estudios suficientes (hace diez años) para concluir si la misma información sobre la práctica clínica ayuda a mejorar los resultados. Ya es sabido que sin la implicación y participación de los profesionales poco se puede hacer; por tanto, se requiere más énfasis en el lado de lo emocional, de la psicología de las organizaciones y de las personas, que en el del virtuosismo de técnicas o herramientas directivas o *calidólogos*. O quizá mejor, la combinación de ambas y la existencia de programas de intervención auténticos (véanse los citados en el anterior apartado). Si se le suman incentivos o penalizaciones, es posible que se puede hacer algo más para modificar, por acercarla al estándar, la práctica clínica. La **mejora de la toma de decisiones** de los profesionales busca mejorar, cambiar o anular, determinadas prácticas para lograr mejores resultados en la salud de las personas. Esos resultados pueden ser evaluados por la percepción de los propios pacientes, o siquiera por pruebas funcionales.



Lectura recomendada

J. M. Eisenberg (1986). *Doctors' decisions and the cost of medical care*. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor.

Lecturas recomendadas

P. J. Greco; J. M. Eisenberg (1993). "Changing Physicians' Practices". *N Engl J Med* (núm. 329: 127, págs. 1-4). Véase también www.lww-medicalcare.com; http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Citation/2002/11000/John_M_Eisenberg_Telling_the_Story.2.aspx

En todo caso, Eisenberg, como director de la **Agency for Health Care Quality and Research**, ha sido una referencia para aquellos que quieren mejorar, pasando por informes oficiales, como Grol o la actualización permanente de la ya citada ACQR.

Lecturas recomendadas

Informes oficiales: NHS centre for reviews and dissemination. Effective Health Care: getting evidence into practice <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

R. Grol (2001). "Improving the quality of medical care: building among professional pride, payer profit and patient satisfaction". *JAMA* (núm. 286, págs. 2578-85).

Actualización ACQR: <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/improving-quality/index.html>

Eisenberg y Greco concluyen con una propuesta en tres pasos para lograr esa modificación de la práctica.

- Primero, **valorar las herramientas de intervención** para lograr el cambio; como en todo, no existe una estrategia única y combinar las existentes es lo que diferencia a los directivos y líderes de las organizaciones.
- En segundo lugar, es imprescindible saber si los profesionales están y perciben que es **necesaria la propia intervención**. Por ello, se vuelve a entrar en el término de la valoración emocional, y ya sea mediante test evaluativos del cambio o sencillamente por pequeños indicadores alternativos (participación en equipos, bajas laborales, clima laboral, etc.) se puede tener una idea, siquiera global, de los cambios del entorno en el que se quiera impulsar el cambio.
- Y una tercera parte fundamental: la **percepción de la intervención** de los afectados. Ese apartado obliga a un ajuste más fino de las herramientas que se deben utilizar, ya sea formación, *feedback* o incentivos o penalizaciones.

Para saber más: herramientas para la mejora

El modelo de gestión basado en el *lean manufacturing*

Se basa en la filosofía Toyota Production System, que trata de dar valor al cliente. Descubrir el talento, aprender de los errores con la metodología *lean*, se fundamenta en promover la participación de los profesionales en la mejora continua, poco a poco, mil a mil, en lugar de una mejora de un millón. La mejora en la relación con los clientes, ayudar a las personas a resolver conflictos, sobre todo, en servicios, donde la atención al cliente toma tanto importancia y, aunque entrenable, necesita la capacidad de respuesta inmediata. Por ejemplo, Fujitsu tiene un director Lean basado en cuatro valores: enfoque permanente en el cliente, visión del largo plazo, valor de las personas e implicación de toda la organización en la mejora continua. Es un método de mejora continua en los métodos de trabajo basado en dos valores: la mejora continua y el valor que aportan las personas.

Las 7 S:

- *Strategy* (estrategia): de la organización, cuál es su misión.
- *Sistemas*: sistemas de información.
- *Share (value)*: los valores de la organización deben ser explícitos, transparente y conocidos por todos.
- *Staff*: qué perfil se necesita.
- *Skills*: en el centro de todos los demás.
- *Style*: estilo directivo compatible con la estrategia.

- Estructura: si cambia de estrategia, cambia de estructura y viceversa.

El análisis de las cinco fuerzas: una técnica para crear y mantener una organización.

Análisis sectorial:

- Identificar la fuerza más significativa.
- La comprensión profunda del sector debe ser el punto de arranque de cualquier análisis estratégico.
- Es ineludible vigilar el cambio de estructura del sector e identificar posibles escenarios.
- Cada empresa tiene margen de actuación para determinar su propio destino.
- Las empresas pueden erosionar la estructura del sector en el que se encuentran (p. ej., supercuentas hipotecarias del BSCH).

2. Cómo crear valor para el usuario

Orientarse a una gestión por procesos tiene implicaciones muy importantes para los directivos, en primer lugar. Tienen que ponerse al servicio del proceso porque se trata de buscar el valor auténtico para el cliente y, por tanto, no el mando jerárquico. No es la jerarquía la que ordena qué, sino el proceso que por su coste o su impacto en el usuario de manera general, o en un aspecto de la calidad, obliga a realizar cambios, incluso sobre la marcha (la flexibilidad citada). También va en contra de la superespecialización, sobre todo la microespecialización, al poder estar distintas personas en distintos procesos.



Ahora bien, el cambio más importante viene por una visión del sistema y la incorporación de valores, no solo de mejora de procesos. La sola mejora de los procesos, incluso agregados, no garantiza el mejor resultado. Aquí es donde el directivo tiene que aportar esa visión. Gestionar no es difícil. O tal vez sí. Se necesita saber (¿qué hay que hacer?), identificar cuáles son los objetivos (¿hacia dónde vamos?); también un *mix* de planificación (¿por dónde?) y organizar (¿cómo?), ejecutar (¿qué hacer?) y controlar (evaluar). Si se sabe y no se hace, no sirve; si se definen objetivos y no se avanza, tampoco. Si no se evalúa, no se sabe dónde se está, ni mucho menos hacia dónde se quiere ir. Es sencillo, y complicado a la vez. Igual que la medicina, lógica (a veces). Si no se saben (o, en peor grado, ni se quieren saber) las consecuencias de las actuaciones (o, en el peor de los casos, impresiones propias o resultados de denuncias), es difícil que alguien considere que recibir *feedback*, propio y externo, entra dentro de sus obligaciones. De ahí que hay que preguntarse muchas veces qué sabemos, de qué nos informan con los (costosos) sistemas de información que se diseñan. En esta nueva visión aparecen nuevos jefes o propietarios de procesos que conservan la visión horizontal frente a aquellos que tienen una visión jerárquica. Este propietario, que no tiene que ser necesariamente jefe "jerárquico" (ya vemos la radicalidad de la propuesta), se ocupa de la gestión, de la interrelación con otros procesos ya establecidos. Es la cara del proceso y del grupo que está detrás.

La definición del proceso implica una definición funcional, señalar los límites del proceso e identificar un **responsable**. Por ello, es necesario cambiar hábitos desde la posibilidad no desde la formalidad. El papel de la enfermería y de otros profesionales, y obviamente el de los facultativos, debe ser redefinido desde el valor añadido que se aporta, no desde roles asumidos, en ocasiones, completamente ineficaces (revisiones hasta el infinito en consultas externas de pacientes o revisiones periódicas en enfermos crónicos). Construir desde lo que se hace (*status quo*) y no desde lo que se podría llegar a hacer (talento potencial) es lo habitual. Siempre faltará algo en esa organización que construye lo que hace sobre lo que se es, no sobre lo que debería ser. El ejemplo podrían ser las técnicas radiológicas que, no hace muchos años, eran patrimonio de

los facultativos o el ecocardiograma realizado por técnicos. Y también, la colaboración que se puede prestar entre servicios para no someter a los pacientes a exploraciones que no aportan valor (o que, sencillamente, no están indicadas aunque pueden ser adecuadas). Otro ejemplo: pacientes sin riesgo quirúrgico que son sometidos a consultas preanestésicas ante procesos quirúrgicos menores, cuando simplemente con un *check list* sobre su riesgo quirúrgico se podría obviar esa intensidad de cuidados.

Selecciona y estructura la información (no muy difícil de lograr) y a partir de ahí establece y evalúa los planes de cuidados y atención. Cuando se planifica sobre lo que se puede hacer en lugar de lo que se carece, surgen propuestas de verdadero valor añadido (autocuidado de los pacientes para evitar la frecuentación sanitaria o centrarse en aquellos casos especialmente complejos). Nada nuevo o, todo lo contrario, rompedor porque contra lo que pueda parecer no es tan frecuente como podría esperarse.

En resumen:

1) Sistemas de información clínicos (además, de administrativos): Debe existir una relación entre los requisitos de los pacientes y el conocimiento de las personas que los atienden. Parece una obviedad, pero no todos tienen que saber de todo, ni en todo momento. Hay que extraer lo que se quiere saber porque ayuda a definir la capacidad. Si no se conocen los procesos, es difícil que se pueda hablar de dotación de recursos (espacio, tecnología, RR. HH., etc.) y mucho menos de previsiones ni a corto, ni a medio ni a largo plazo.

2) Planificar los cuidados y la atención: Si la planificación figura dentro de lo estratégico, antes de pedirla, hay que hacerla y enseñarla. Comunicación, planificación, calidad, etc., no están para estar, sino para atravesar a toda la organización en su funcionamiento.

3) Trabajar en equipo: Aquellos que tienen algo que decir (*stakeholders*) tienen que ponerse de acuerdo para prestar la mejor atención posible. Hay que ser sincero (“de esto no sé”) porque, contra lo que pueda parecer, da confianza a las personas. Es necesario crear un ambiente propicio para decir sin miedo lo que no se sabe y que otros nos ayuden en esa debilidad; una cultura de servicio y transparencia donde las personas se sientan apoyadas, no controladas. Así se genera un sistema de autoayuda, de trabajo y de gestión del conocimiento porque se comparte. Hay que resolver con brillantez lo habitual, no solo lo extraordinario. Es apasionante ser el mejor en lo que nos pasa habitualmente, no ser un experto en lo excepcional. Deben participar los profesionales implicados, tener como orientación al paciente y la eficiencia (efectividad al mejor precio). Conseguir la continuidad entre la atención primaria, especializada y sociosanitaria obliga a dispositivos transversales y, por ello, sistemas de información comunes, que definan qué es lo importante. Los mecanismos de coordinación son claves a la hora de atender a paciente con enfermedades crónicas. Los centros atienden a pacientes agudos, que desde una autonomía

Lectura recomendada

S. Leggat: P. Leatt (1997). “A Framework for Assessing the Performance of Integrated Delivery Systems”. *Health Care Management Forum* (núm. 10(1), págs. 11–8).

(mayor o menor), y en una situación basal, tras una fase aguda y postaguda, pueden en ocasiones volver a la situación previa. Sin embargo, en aquellos pacientes crónicos, esa fase aguda puede provocar un agravamiento de su autonomía y esto disminuye su estado basal previo a su proceso agudo. ¿Vienen voluntariamente aquellos que tienen que coordinarse, integrarse o, al menos, trabajar conjuntamente? ¿Consideran que es mejor que la alternativa? ¿Están suficientemente formados? ¿Se confieren mutuamente capacidad? ¿Se dispone de una información mínima para plantearse alguna acción?

4) Modificar hábitos de los profesionales: Hay que transformar muchos de los procesos (sistemas y valores) que se hacen porque su diseño parece hecho por un enemigo, a pesar de que se reitera que funcionan perfectamente, sobre la base de unidades de medidas extrañas y que no tienen nada que ver con el cliente (el esperpento: un facultativo puede solicitar una consulta sucesiva y, sin embargo, en el servicio de admisión en la misma organización es posible escuchar respuestas como “todavía no están puestas las revisiones para dentro de tres meses. Llame a cita previa a ver si más adelante están”). El cambio de un hábito genera un cambio neuronal. El cambio de un hábito, desde la puntualidad a la hora de comenzar un quirófano o la rutina en el pase de visita, genera un cambio infectivo. La rutina (histórica) puede atraparnos de tal forma que creamos que llevará al cambio, o que algo (los incentivos económicos, el sistema, nuevos compañeros, un jefe ideal) provocará ese cambio. Por eso, cambia de rutina, sustituye el siempre se ha hecho así interno por algo que signifique crear unas expectativas del resultados del cambio de ese hábito. Es comprensible, nos gusta lo que dominamos, la forma habitual de hacer todo.

5) Modificar hábitos de los pacientes y sus familias o cuidadores (motivar, capacitar, dar alternativas): El paciente, en una organización que le da importancia, se envuelve más en la toma de decisiones, quiere saber más de lo suyo. Se puede liberar (disco duro) si se dejan de hacer desperdicios (redundancias inoperantes).

6) Modificar (para enriquecer) la relación entre los equipos de cuidado del paciente (familia y profesionales): Hay que compartir logros, pero también riesgos. Por tanto, invertir tiempo en la comunicación (otro proceso estratégico) para ganarse la confianza de los demás.

3. La mejora continua

Una etapa en el nivel de madurez de la gestión implica dotarse de capacidad de mejora permanente. Pero, ¿cómo articular esa mejora? La manera en que se plantee es básica. Necesita un liderazgo fuerte con personas que escuchen, que vean y comuniquen a un nivel de primera división. Las empresas de servicios tienen que ser horizontales, y el análisis también porque el servicio tiene sentido cuando lo utiliza un usuario. Esa mejora puede ser de forma gradual, partiendo de lo que se hace, con una maduración en el tiempo y con menos riesgos. La implantación radical de las mejoras, por el contrario, obliga a olvidar lo que se hace y propone un rediseño innovador apelando a una “amnesia colectiva”. Tiene enormes riesgos porque se pedirá la colaboración a personas que participaron en procesos ya consolidados y ese tiempo, precisamente, los refuerza en sus razones (“es que se lleva haciendo así toda la vida”). Esa amnesia que se reclama para hacer una transformación también será para los directivos que, si son *ex novo*, tendrán grandes dificultades para cambiar un proceso que no conocen, y si esperan demasiado tiempo para el cambio, su falta de respuesta inicial puede ser entendida como un refuerzo del proceso que se quiera cambiar. Es muy arriesgado porque a nadie le gusta hacerse un *harakiri*. Además, cuando deben plantearse reformas radicales es precisamente cuando las cosas van bien pero existen indicios de que puede haber cambios (p. ej., Canal +).

Frente a lo que parece, no es solo un tema de herramientas o su combinación ni siquiera de personas o líderes fuertes, sino también de objetivos, equipos y –como señala Deming– las condiciones del sistema. Nada nuevo, en muchas organizaciones y ante cambios hay partidarios, detractores, comportamientos *ad hoc*, aquellos que no quieren cambiar, aquellos que priorizan lo cómodo, otros que priorizan lo complejo o sencillamente, ante tanto cambio, deciden esperar. La psicología de las organizaciones, la teoría económica, el sentido común y hasta el instinto ayudan a diagnosticar, tratar y evaluar las posibilidades de cambio.

El cambio organizativo es una verdadera reestructuración que se puede lograr por varias vías:

- Cambio de personas. Cuando se habla de reestructuración se asocia a “cortar cabezas” o a modificar puestos. Se puede perder un potencial de conocimiento, en la mayoría de los casos, personas con experiencia o jóvenes con ilusión, valiosas, haciendo una tabla rasa por la edad.
- Cambio en la forma de trabajar, el cambio de la organización con mayúsculas. Un cambio de personas manteniendo el mismo ritmo en todo no asegura una mejora puntual de los resultados. La auténtica reestructura-

Lecturas recomendadas

http://inspguilfoyle.wordpress.com/2014/09/06/leadership-is-not-enough/?utm_content=buffer554fd&utm_medium=social&utm_source=linkedin.com&utm_campaign=buffer

W. Edwards Deming. *Out of the Crisis*. Ed. 2000. ISBN 0262541157.

ción pasa por el cambio en la forma de funcionar. Requiere caminos distintos que cuesta difícil encontrar desde dentro por una mentalidad anclada en lo que se hace. Hay que profundizar en los valores y los procesos.

4. Gestión basada en funciones frente a gestión por procesos

La visión tradicional parte de un modelo basado en el puesto de trabajo. Es un modelo taylorista de gestión funcional, basado en dar tareas para lograr un trabajo perfectamente organizado. Un modelo rígido y de obediencia debida. En esta gestión funcional, la responsabilidad final depende de quién ha analizado y distribuido las actividades que hay que realizar. El escenario actual de las empresas de servicios es radicalmente distinto y hace imprescindibles la flexibilidad y aprovechar la iniciativa. La falta de perspectiva basada en lo tradicional, en lo habitual, en lo de siempre, lastra esa iniciativa y flexibilidad. Los procesos son precisamente, al aportar valor añadido, los que condicionan el resultado final.

Principales diferencias entre la gestión por procesos y la gestión basada en funciones

Gestión por funciones	Gestión por procesos
Alguien analiza y distribuye la actividad	Valor de las personas Responsabilidad en los jefes
Rigidez	Flexibilidad
Obediencia	Creatividad
Organización por departamentos	Organización natural hacia los procesos: visión longitudinal
Los servicios condicionan la ejecución de actividades	El valor añadido que aportan los procesos condiciona la actividad
Autoridad basada en el jefe	Autonomía
Jerarquía y control	Autocontrol
Orientación hacia el departamento	Centrada en el paciente

El armazón de las empresas de servicios gira sobre los siguientes puntos:

- estructura,
- organización y gestión de las actividades y procesos.

En el sector servicios, basado en actividades, el modelo básico de organización debe ser el proceso en el que se organiza a partir de la comprensión e interrelación de las actividades que se llevan a cabo de manera separada, aunque no independiente (**la gestión de las operaciones**). Orientarse hacia los procesos clínicos busca sustituir las funciones, haciéndolo más horizontal y multidisciplinar al tratar de integrar a las personas por lo que saben hacer, no por sus funciones o posición. Los procesos son una secuencia de actividades para conseguir un servicio con valor para el cliente; forman el cuerpo del conocimiento

de una organización. Puede realizarse de forma continua (p. ej., en una cadena de montaje de coches o en un laboratorio) o activarse ese proceso por un disparador (p. ej., el pedido de un cliente). En ambos casos, los proyectos son únicos y propios de donde se establecen porque el sistema formal de proceso es la punta de un iceberg que tiene debajo una cultura y una forma de hacer. Muchas veces es útil pensar en los procesos como si fueran una tubería: entran recursos, que interactúan con recursos permanentes, y sale un producto, ya sea un bien o un servicio. En las empresas manufactureras, los bienes, tangibles, que se tocan, generan un producto pero el cliente no entra en contacto con el proceso productivo: compramos un coche pero no estamos en la cadena de producción.

En empresas de servicios, típicamente sanitarias, no hay un producto terminado en su balance; el cliente entra en el proceso y en algún momento participa en él de manera activa. Implica dificultad en la gestión de la calidad (diferente del coche si tiene defectos) porque cuando el cliente está dentro percibe enseguida si algo no va bien y no hay un stock de servicios que permitan disponerlos a un nivel de calidad aceptable. Y además, el propio cliente-paciente-usuario con su participación contribuye a la calidad que queremos alcanzar (p. ej., en la adherencia al tratamiento). Pero aunque no fuera de esa manera (p. ej., la comida perfecta en tiempo, forma y temperatura en un restaurante o cualquier otra empresa de servicios), si no se acompaña de un servicio de calidad (calidez), ni siquiera esa condición hostelera supliría al factor humano. Por tanto, impulso a los procesos-operaciones, pero sin descuidar el alma del servicio, que son las emociones (en el sentido más amplio) de las personas. Si le añadimos que no hay clientes iguales (marketing por CRM), entenderemos la necesidad de cambiar de una visión tradicional a una organización en procesos.

Las ventajas de la gestión por procesos son las siguientes:

- Entender la organización como una cadena de valor cuya razón es el usuario.
- Obligar a un cambio de actitud y modo de hacer las cosas.
- Facilitar la identificación de la no-calidad.
- Permitir una reducción del tiempo de ejecución.
- Provocar sinergias: unos procesos empujan a otros al llevar esa forma de hacer distinta.
- Fomentar el compromiso: implica asumir el porqué y para qué se hacen las cosas.

Hay muchísima información para empezar, actualizar o renovar tanto conocimientos como prácticas en gestión por procesos.

Cuando no se puede mejorar el silencio, es mejor estar callado. De forma opuesta, uno mismo puede decidir dónde está el límite para la mejora (empezando por la personal), con lo cual la gestión por procesos comienza por una propia organización.

Lectura recomendada

http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/turismoycomercio/export/sites/ctcd/archivos/deporte/iad/documentacion-publicaciones/Guia_buenas_practicas_2011.pdf

5. Priorización de procesos asistenciales

¿Cómo se identifican aquellos que son clave? ¿Qué tipo de procesos se refuerzan y cuáles se priorizan? ¿Cómo están documentados? Si están al mismo nivel los procesos de soporte que los fundamentales, ¿qué jerarquías se establecen entre ellos? Siempre hay que ver los resultados de nuestras propuestas, ya sea de manera preventiva (a la entrada), durante el proceso (mientras se hace) o a través de los resultados (a la salida del proceso). Existen técnicas de gestión (*just in time*, *total quality management*, CRM, evaluación del desempeño, reingeniería de procesos, BSC, 6 Sigma, etc.) que nos pueden ayudar.

¿En qué se quiere mejorar? (accesibilidad, continuidad asistencial, calidad de la atención, niveles de resolución, satisfacción de los usuarios, calidad de la prescripción, disminuir gastos, etc.)

Es necesario saber:

- Quién hace (p. ej., información al paciente. Diagnósticos y terapéuticos más efectivos).
- Con qué frecuencia.
- Quién lo indica.
- Dónde se realiza (nivel asistencial más adecuado).
- Quién lo realiza.
- Qué indicadores.

En momentos de transformación hay que preguntarse cuáles son las **variables críticas** porque lo demás se irá haciendo sobre el camino (es demoledor utilizar como lema “ya que lo hacemos, vamos a hacerlo bien todo”). Es cierto que las prisas o la falta de planificación suelen ser nefastas formas de hacer, pero esperar a que todo esté alineado (hasta los astros) es otro extremo. También lo es empezar a mover la organización sin preguntarse si ese es el movimiento o los puntos que tienen que tocarse. Para cambiar las estructuras de una organización, hay que cambiar (a veces) los elementos más poderosos (hábitos e ideas preconcebidas). La pregunta clave es cómo fijar un objetivo (respecto a un estándar por ejemplo), comprometerse con promesas reales (y cuantificarlas), así como realizar procesos-operaciones necesarias para conseguir esos objetivos que se persiguen.

“Un hombre que se dedica a una tarea que le apasiona no trabaja un solo día de su vida”.

Proverbio chino

El papel del médico está en la selección de casos para encontrar situaciones que beneficien al paciente, disminuyendo la dispersión de la atención (p. ej., revisiones de IAM sin complicaciones en atención especializada), control de casos (son contados respecto al total de pacientes aquellos que se benefician de una atención intensiva en atención especializada).

El enfoque o segmentación de la empresa obliga a elegir a qué se dice sí y aquello que se posterga. La estrategia tiene sentido cuando se pregunta por aquello que hace que lo que se pretende pueda tener éxito (resultados). Se buscan los **factores críticos de éxito** (la relación con el paciente y sus familiares en el mundo sanitario) o una ventaja competitiva (por ejemplo, una excelente organización al servicio de unos factores clave). Para ello se pueden utilizar distintas herramientas, como el **Hoshin**, **Sigma 6**, **lean method**, etc. (véase imagen), despliegue de objetivos y políticas, con objetivos ambiciosos y coherentes con planes o nivel medio para ser operativos. Cada nivel directivo señala un objetivo y la propiedad, y el nivel directivo siguiente realiza la planificación, en un proceso en cascada (*cachball*) o como la estrategia llamada **appreciative inquiry** (David Cooperrider, de la Escuela de Comportamiento Organizativo de Cleveland), con un enfoque positivo del cambio, centrándose en explotar los mejores atributos y prácticas de una firma. Debe ser adoptado por los líderes de la empresa que tratan de encontrar aquello que está bien, potenciarlo y utilizarlo como elemento de cambio y de anticipación. En tiempos de cambios, es decir, en tiempos de normalidad, ayuda a que haya un norte y que se sepa hacia dónde se va.



Basta con seguir el ciclo de la atención en el servicio para comprobar aquellos procesos que, de no existir, no tendrían sentido otros. Por tanto, en una gestión orientada a resultados deben gestionarse los procesos asistenciales (operativos) y no asistenciales (estratégicos y de soporte), siguiendo la asistencia integral y continuada (el **ciclo de cuidado del paciente**), con los servicios y productos que genera, el tipo de actividades con sus responsables y el momento más oportuno. Cuando no hay diseños limpios, no hay recursos que lleguen. Existen distintas herramientas para identificar la cadena (el ciclo del cuidado) que sigue un usuario. Así, el **diagrama de Gantt** es una ayuda útil para identificar cuellos de botella porque al diagramar tiempos de proceso, tiempos de ciclo (que es lo mismo que capacidad salvo que esta se mide en tiempo por unidad y los tiempos de ciclo en unidades de tiempo), así como la tabla de recursos, facilita una visión de conjunto de todo el proceso.

La teoría de las limitaciones, que tomó didáctica con el libro *La meta*, de **Eliyahu Goldratt**, se basa en el principio DBR (*drum, buffer, rope*). El ritmo (*drum*) de producción lo marcan aquellos cuellos de botella identificados. Según se pretenda forzar ese cuello de botella, se decide cuánto antes deben llegar a su procesamiento. Sería el *buffer* de tiempo (la espera), sumado a la cuerda (*rope*) que se lanza hasta el final desde el inicio del proceso. Para mejorar ese cuello de botella se pueden tomar medidas como mejorar la eficiencia global, evitar que lleguen al cuello de botella artículos que no deben (p. ej., consultas ex-

ternas inadecuadas), externalizar (p. ej., intervenciones quirúrgicas en centros concertados), etc. Antes de decidir en qué gastar, es necesario saber **dónde está el cuello de botella** y qué tiempo se quiere mejorar porque habitualmente la tentación siempre es ampliar la capacidad.

A modo de lista de comprobación para mejorar deberíamos:

- identificar el cuello de botella,
- explotar al máximo la utilización del cuello,
- subordinar o sincronizar: valorar si los recursos, humanos especialmente, pueden redistribuirse para mejorar el cuello de botella, ya sea en calidad de la atención o
- elevar o aumentar la capacidad.

La **ley de Little** relaciona el número de unidades en el mecanismo por el tiempo en el que son atendidas para obtener el tiempo de flujo. La estancia media, por ejemplo, refleja la relación entre las entradas, las salidas de pacientes y la ocupación que tiene el hospital. Todo proceso tiene su pulso natural, por lo que hay que definir a qué nivel de detalle queremos llegar. Por un lado, se puede plantear mejorar el proceso en el **tiempo de flujo**, desde que una unidad entra hasta que sale, o en el **tiempo de ciclo**, ver cómo llega al final de ese tubo. Por ejemplo, un paciente que acude a urgencias entra, permanece y sale del servicio. En un momento dado, podemos saber cuánto tiempo ha tardado desde su entrada, y de igual modo cuántos pacientes están siendo atendidos en el momento. Pero nada de eso nos informa del problema (atención a la media aritmética cuando se utiliza como resultado, el tiempo medio no informa necesariamente de problemas). Necesitamos saber dónde está el problema en el ciclo del cuidado del paciente. Por ello, tras un pequeño diagrama de flujo, identificamos dónde está ese cuello de botella que puede limitar el proceso (por seguir el ejemplo de urgencias, puede darse en el traslado de pacientes o pruebas radiológicas).

La ley de Little

El número medio de clientes en el sistema es igual a la tasa de llegada de clientes multiplicada por el tiempo medio en el sistema por cliente.

Cadena del ciclo de cuidado para identificar el cuello de botella

Recursos > tabla-ocupación > cuello de botella > ciclo > capacidad teórica > producción > almacén > espera tiempo de flujo > actividades

Se trata de maximizar el cuello de botella, ya sea evitando tiempos muertos, ya sea mejorando su capacidad, ya sea optimizando su funcionamiento. Teniendo presente ese ciclo del cuidado del paciente en urgencias, implica la realización de intervenciones para que ese cuello de botella mantenga, por su naturaleza,

una capacidad de respuesta latente. En urgencias, la priorización (triaje) es precisamente una forma de organizarse para mantener esa capacidad latente de respuesta y no tanto para dar respuesta a un problema de cuello de botella.

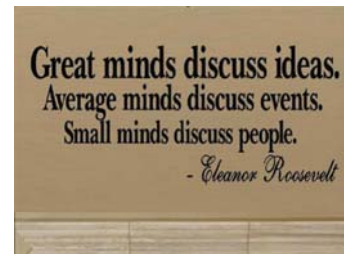
Para identificar el cuello de botella necesitamos saber la capacidad de los recursos. Por ejemplo, tiempo mínimo necesario para triaje, para consulta facultativa o para pruebas radiológicas o de laboratorio. Hay que estudiarlo según parámetros validados, no solo el tiempo de llegada o la capacidad de protesta del cliente.

Actividad

1. Escribid una pregunta relacionada con un problema en vuestro trabajo.
2. Responded de forma consecutiva, impulsiva a esa misma pregunta (cómo máximo utilizad seis respuestas consecutivas).
3. Identificad cada una de las seis respuestas anteriores con una de las letras siguientes, según consideréis la relación que tiene. Si existen dos o más, elegid un solo motivo.
 - a) No existencia de incentivos económicos.
 - b) No existencia de incentivos personales.
 - c) No existe cultura de evaluación.
 - d) Falta de hábito personal de superación.
 - e) Orientación a la producción no a producción de calidad.
 - f) No se incorpora el valor añadido.
4. Responded a la misma pregunta, tratando de ir al fondo del problema.
5. ¿A qué hace referencia esta pregunta?
 - a) Medios.
 - b) Dinero.
 - c) Emociones.
 - Pensad y escribid: ¿Qué relación hay entre las preguntas y las repuestas (las espontáneas y las razonadas)? ¿Qué recursos necesitáis para mejorar?
 - ¿Qué sabéis ahora sobre el problema?

6. Etapas para la mejora de los procesos asistenciales

1) En primer lugar, debe definirse **hacia dónde se quiere ir y después tomar las decisiones**, tiene que ser una misma cadena. Para saber cómo, hay que salir del entorno (el marco debe ser conocido, dónde se opera, dónde se pisa). Si se vive en una sima, el marco es muy estrecho; por ello, es bueno salir, airearse y preguntarse por los rasgos dominantes de la organización. Hay que diagnosticar el entorno, la madurez organizativa, entender las claves locales, cómo se cristalizan las distintas políticas, entender el modelo sanitario, la sociedad, dónde están los puntos fuertes y las flaquezas... para no llevarse a equívocos. Ahora bien, cuanto más se sepa, más preocupación, más sufrimiento personal del directivo porque le obliga a desafíos personales para intentar cambiar las cosas. Conocer el marco en el que nos movemos lleva a evitar victimismos. Tampoco hay que caer en que de tanto ver el entorno no resulte otra idea que hacer lo que hace el entorno sin aportar nada nuevo (“**capitalismo de karaoke**”, según Ridderstrale y Nordstrom). Pero, atención, de tanto mirar afuera puede ser que nos olvidemos del interior, de los talentos de las personas (gestión del conocimiento, competencias) y la mejora de la organización, literal, y de cómo se gobierna (clima laboral, recompensas, retos “retadores”, comunicación, desarrollo de confianza), de la empresa.



2) En segundo lugar, **un análisis interno** nos dará el perfil de la organización en la comunidad (qué valores existen y qué ruido hay). No comparten los mismos valores Walt Disney que un centro sanitario. La organización está continuamente hablando a través de sus decisiones y hay que escuchar qué transmite con esas decisiones a sus usuarios y familiares. Hay que entender las **fuerzas magnéticas** de las organizaciones, cuáles son sus campos críticos, dónde reside el poder formal, dónde está el liderazgo, dónde están los miedos, dónde los intereses, dónde las incertidumbres. Al pensar en términos de servicio, de **microambiente**, de relaciones, hay que pensar en ello porque la calidad de esas relaciones condiciona los resultados. Si se depende de muchos, esa dependencia tiene que ser conocida y manejada (por ejemplo, en el establecimiento de tiempos para sospechas diagnósticas neoplásicas, la tendencia natural es ocuparse “solo de lo mío”). Y un resultado o es global o no es resultado; o se han cumplido los pasos y logrado los objetivos, o sencillamente ninguno ha logrado el resultado. Pasar de “la culpa es de...” a “la responsabilidad es nuestra y nos interesa todo lo que le suceda al paciente” es un cambio radical porque habla de objetivos compartidos. Se tiene que percibir que esa relación nos sirve para dar lo mejor de nosotros. Cada vez que hablamos con alguien, tiene que sentir que vale para algo esa relación. La vida misma, por otra parte.

“–¿Qué necesitas de mí, cómo lo necesitas, qué quieres que haga para que tu trabajo sea más sencillo, qué es lo que te disgusta o te gustaría que mejoráramos?

–Por mi parte, me gustaría recibir de ti...”.

De esta manera es como se construyen las redes porque la forma como se hacen las cosas lleva a construir una cultura de la organización que tiene un impacto tremendo. La suma de los dos (y no uno más uno) ataca a la línea de flotación del barco en el que vamos todos. Es necesario un cierto desapego de lo propio, del sentido de propiedad, del sentido de un éxito basado en lo que hace uno solo para construir un enganche propio y un anclaje de otros. Hay que conocer en qué se puede actuar y en qué no. Mucha seducción, pero no de cursillo, sino de verdad, sincera porque en las seducciones rápidamente se descubre quién va de farol y con (im)postura. Es importante saber qué se dice de verdad y qué se dice que se quiere... hacia arriba y hacia abajo. El poder debe descentralizarse a través de un nuevo ambiente que lleva a una responsabilidad de adaptación por el que da y el que recibe ese poder. La mejora vendrá por la redistribución del trabajo y la reasignación de tareas. Google tiene centenares de equipos con proyectos en marcha, que tienen también fracasos. No se necesitan crisis para cambiar, sino que el cambio tiene que plantearse ya a corto plazo.

3) Una vez ubicado y conocida la realidad, **transformar creativamente**. La formulación de la estrategia nos tiene que llevar a ver cuál es la misión importante para ponernos a todos en línea. Obviamente no se trata de poner a nadie a la línea (ni seguir un régimen alimenticio especial), sino de tener claro qué es lo que se quiere. Puede parecer algo obvio, pero el mismo proceso de reflexión interna, por ejemplo, ante planes de calidad, planes estratégicos o, sencillamente, ante una reclamación ayuda a sentar para todos lo obvio y a definir qué obviedades dependen y no dependen de uno, del grupo, del centro, de la organización. Seguramente, al igual que en una enfermedad, se identifican dos o tres de esas obviedades, ayudan a saber por dónde nos movemos.

4) **Objetivos (micro), concretos, medibles y limitados en el tiempo que se asocian a unos planes de acción (decisiones)** para conseguirlos a través de una gestión de los recursos. No existe un solo camino, sino que existen distintas formas de llegar al mismo sitio. Hay muchas maneras de alcanzar el objetivo, también hay muchas de perder el tiempo y no pocas tienen un alto grado de desperdicio porque no contribuyen en nada a lo importante (en plata, todo aquello que no aporta valor a lo que hacemos). Hay que liberar mucho disco duro (fotografías, archivos y carpetas antiguas, gastadas) que siguen ocupando capacidad. Ese disco duro se ocupa de números y no de resultados tales como el tanto por ciento de pacientes con correcto nivel de anticoagulación, o el tanto por ciento de errores en la medicación (indicadores clave en la seguridad del paciente), o el tanto por ciento de beta bloqueantes en los pacientes tras un IAM (asociados a un mejor pronóstico). Si hay disco (=capacidad) ocupado, implica que a poco se que libren unos megas, ya hay mucha capacidad-calidad habilitada para otras cosas. Y ni hablar de *accountability* (mejor, que siga sin traducción literal). Indicadores como fármacos que no aportan ningún va-

lor terapéutico adicional (pero sí más gasto, por tanto, ineficientes), intervenciones quirúrgicas con escasa capacidad restauradora también son resultados (¿qué porcentaje existen en las organizaciones?). Es más fácil, sin embargo, pensar en costes, se reduce por aquí y por allá, se externaliza la formación o la limpieza o la gestión de nóminas, pero no se toca, ni se mide, lo verdaderamente importante. Hay que llegar a la tarea, al *core*-núcleo de lo que se hace, y esto no se reserva para profesionales, o mejor solo para unos profesionales, sino para todos los profesionales (clínicos y gestores). ¿Dónde están los pacientes que no acuden? ¿Han dejado de confiar en nosotros o sencillamente no se han enterado del cambio de fecha de consulta? ¿Cómo sabemos que lo que hacemos, como organización, como profesionales, funciona? ¿Por qué no es obvia la sistemática de la investigación de lo que hacemos? Si no sabemos, si no tenemos *feedback* de lo que hacemos (más que por impresiones, el juzgado, o el “me cuentan”), no es raro encontrarse con la realidad pero no de frente sino enfrentada a uno. Si la calidad está incluida en la misión y proveer una asistencia de calidad se señala como una de las causas de la existencia de la organización, todo lo demás, objetivos, planes de acción, deberán tener un marchamo de calidad incluido... y también la gestión tendrá que tener calidad. Es necesario, por tanto, una reestructuración de los incentivos, de los perfiles, de la formación, de la forma de trabajar, para que los resultados y productos de nuestra atención a los pacientes y sus familias tenga un correcto reflejo de lo que sucede en nuestra organización.

7. Resultados para valorar el ciclo de cuidado

“Hacer lo que hay que hacer a quien hay que hacérselo, bien, satisfactoria y eficientemente”.

Medir la diferencia con el objetivo que se persigue es medir la calidad que no se da. Hacer lo que hay que hacer es la adecuación, ajustar la respuesta del sistema a las necesidades del individuo o población; la indicación, dar el servicio adecuado a quien lo necesita, se estudia a través de la variabilidad de la práctica médica.

La calidad técnica es el cumplimiento técnico, mejor estándar, hacer buena medicina, práctica profesional de acuerdo con el mejor conocimiento disponible y una organización acorde.

Ahora bien, siguiendo con la calidad y la búsqueda de la satisfacción del cliente, ¿qué sucede con una intervención realizada en el centro más eficiente, sin consecuencias negativas y con enorme satisfacción... si es absolutamente innecesaria? La eficiencia nos habla del coste pero si es absolutamente innecesaria implica una intervención no indicada, implica falta de adecuación. O una demora en la atención o una prolongación indebida de la estancia suponen también una merma de la calidad; o prescribir un fármaco eficaz en situaciones en las que no es efectivo, incluso a plena satisfacción del paciente es mala calidad.

Hay datos que nos indican que tenemos área de mejora: el 30% de los niños reciben antibióticos en exceso para las otitis. El 20-50% de las radiologías en pacientes con dolor de espalda no son necesarias porque no aportan ningún dato útil para el seguimiento del proceso. La mitad de las personas en riesgo no reciben vacunación neumocócica o tampoco todas las víctimas de ataques cardíacos reciben beta bloqueantes.

Para el **Institute of Medicine (IOM)** los problemas de calidad vendría dados, entre otros, por:

- sobreutilización: un uso excesivo de los servicios sanitarios,
- subutilización: prestar servicios insuficientes en cantidad y
- mala utilización: usar procedimientos técnicamente incorrectos.



Web recomendada

<http://www.atlasvpm.org/>

Para comparar la calidad de la atención sanitaria, se necesita acordar cuáles son los resultados que la miden. Disponer de datos homologables es un paso ineludible, pero para que esos datos se conviertan en una información para realizar comparativas, hay que definir cuáles son los resultados de las organizaciones que se quieren comparar. Es cierto que cualquier unidad de medida que se utilice para medir los resultados de un centro de salud, hospital o, simplemente, profesionales necesita ser matizada.

Un indicador no podrá por sí solo dar una impresión exacta y sin sesgos. Pensemos en el consumo de combustible que muestran determinados coches en sus cuadros. Probablemente no se interprete como un consumo exacto. Es difícil que esa precisión sea tan importante. Ahora bien, a pesar de su falta de fiabilidad respecto al consumo exacto, sí le damos veracidad a los incrementos de consumo con determinadas maniobras. Por ello, cuando se circula a altas velocidades, el nivel de consumo que marca es superior que si la velocidad de circulación fuera la recomendada por el fabricante. Es una referencia la cantidad que nos muestra el *display* y nos vale para valorar cómo ciertas maniobras provocan un incremento y otras, en cambio, provocan una menor cifra de combustible. Por ejemplo, podemos ver cómo a bajo rendimiento el coche presenta altas cifras de consumo que pasan a ser las habituales cuando el automóvil alcanza un nivel de revoluciones óptimo. Así, vamos descubriendo maniobras para mejorar el rendimiento del automóvil. Si la carretera es empinada o se realiza algún acelerón, es muy probable que reconozcamos ese mayor consumo respecto a otras que consideramos habituales. Algo similar podría ser la interpretación de los resultados de una atención sanitaria, sea de profesionales o de organizaciones. El indicador puede ser más o menos sensible, puede no ser incluso tan exacto como se pretende, pero no es menos cierto que quizá su variación indique que algo puede no estar sucediendo como se espera. Por ejemplo, que el porcentaje de apendicitis flemonosas sea mayor en determinada área, zona o por profesional puede ser sintomático de un retardo en el tratamiento. Ante solo una fiebre de 40 grados, nadie podría diagnosticar una meningitis o una neumonía. Necesitaría más datos, una clínica compatible, junto con pruebas diagnósticas añadidas que permiten reducir las posibilidades de que sea una neumonía o una meningitis. Cuando se seleccionan indicadores de resultados, no se trata de la perfección del dato, sino de que sea reconocible por los profesionales como vinculado al ciclo de cuidado del paciente. Aisladamente pueden no decir mucho, pero cuando se muestran agrupadamente y orientadas a problemas, empiezan a hablar o, siguiendo el símil, comienzan a diagnosticar y mostrar algo más que indicadores.

Un ejemplo de ello es la posible explotación de complicaciones que permite el CMBD. Es posible que las cifras que resulten no se consideren un reflejo exacto de lo que está sucediendo. Pero, quizá, habría que recordar que si un informe de alta se identifica como un trámite, y no como una herramienta para la mejora, entonces, no reflejará la realidad, pero servirá, como el ejemplo del consumo de gasolina del automóvil, para detectar variaciones. Ahora bien, se



puede dar por sentado que siempre faltará el dato exacto. Es más, se reclamará una exactitud y un nivel de exigencia (intervalos de confianza estrechos) para aceptar mediciones.

Esa interpretación tiene que delimitar aquello que quiere decir y no dicen. Así, un criterio de accesibilidad, por tanto de calidad, es el tiempo de espera en lista de espera quirúrgica. Pero, que sea excelente, según la gradación que se haya realizado, nada dice acerca del tiempo de latencia en diagnosticar y tratar enfermedades neoplásicas, o nada dice acerca del número de consultas externas que hubo que realizar o pruebas diagnósticas antes de llegar a un tratamiento y mucho menos de las complicaciones de esa misma cirugía. Incluso puede darse el contrasentido de tomar por buena una estancia media breve en determinados procesos, sin tener en cuenta por ejemplo el porcentaje de traslados internos o la tasa de mortalidad o, sencillamente, los reingresos o, simplemente, las reatenciones en urgencias.

Es cierto que el tipo de pacientes atendidos entre los hospitales o centros de salud puede ser distinto por su complejidad. En una zona minera existirá más prevalencia de enfermedades respiratorias que en una zona urbana, donde es posible encontrar bolsas de pobreza con enfermedades crónicas. Los GRD (y otras herramientas) ayudaron a agrupar a esos pacientes, pero tienen una visión no clínica (la gravedad clínica de una carcinomatosis peritoneal es evidente, pero no necesariamente se asocia a un consumo de recursos). Incluso el mismo diagnóstico principal puede no tener el suficiente ajuste fino para ser vinculado a la actuación del propio centro. Es necesario identificar o al menos tener en cuenta la diferencia entre **comorbilidad** (la diabetes mellitus en un broncópata) y las **complicaciones** (una infección nosocomial de ese paciente broncópata y con diabetes mellitus). Y aún más, aquella comorbilidad complicada por una infección nosocomial; ni los GRD ni el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) nos informan del nivel de gravedad, entendido como factor que contribuye a un peor pronóstico. Tampoco disponer de la cifra de saturación de oxígeno puede ser suficiente para valorar el deterioro del paciente y el momento en el que tuvo lugar. Por tanto, no es fácil comparar si no se identifican estas características. Además, para vincular la calidad de un hospital o de una organización, hay que ajustar por variables propias de su entorno para no convertir en fortalezas o debilidades factores que afectan a la efectividad. Por ejemplo, la disponibilidad de transporte sanitario urgente está relacionada con la posibilidad de realizar fibrinólisis, o la mortalidad de pacientes terminales en centros hospitalarios estará vinculada a la disponibilidad de centros sanitarios destinados a su cuidado. Pero, a pesar de complicaciones, comorbilidades, diferencias de patologías, etc., se pueden (deben) comparar organizaciones, centros e incluso profesionales para saber al menos, siguiendo el ejemplo del consumo de combustible, la evolución que presentan. Refugiarse en la perfección del dato sería como no utilizar un fármaco hasta que fuera probado en la misma población con las mismas características que en la que se va a tratar.

Deben especificarse claramente las dimensiones que se quieren valorar.

- **Efectividad:** grado en el que se alcanzan los mejores resultados, p. ej. tasa de muerte a los treinta días del ingreso urgente.
- **Seguridad:** p. ej., tasas complicaciones CMA, reingresos a los siete días al alta.
- **Calidad técnica:** ajustar a estándares. P. ej., tasa de profilaxis troboembólica en fractura de cadera, tasa de profilaxis antibiótica.
- **Adecuación:** p. ej., tasa de parto vaginal tras cesárea previa, tasa de radiología de tórax preoperatorios.
- **Continuidad de la atención y cooperación:** tasa planificada al alta, porcentaje de alta al médico de atención primaria.
- **Relevancia:** la no observancia o el bajo nivel puede traer consecuencias para el paciente, tales como porcentaje diabetes mellitus con niveles adecuados de hemoglobina glicada (el buen nivel de la glicemia, TA, lípidos, etc., se asocian a menores complicaciones), cobertura del cribado cáncer de mama, tasa de embarazos en menores de 16 años (vinculado a políticas de salud pública).
- **Accesibilidad:** tasa de espera en pruebas diagnósticas; tiempo de latencia entre cribado y cirugía.

Los **outcomes** o **resultados** deben permitir valorar la atención sanitaria recibida. Las tasas de mortalidad, globales y específicas, o los reingresos por proceso, suelen utilizarse por ejemplo para evaluar atenciones hospitalarias. Pero también se pueden evaluar complicaciones (infecciones nosocomiales, sucesos adversos, etc.). O desde una visión más micro se puede comparar la situación de parámetros como por ejemplo el nivel de glucemia en pacientes con DM, o el nivel de tensión arterial en paciente con HTA. O con un sentido más social utilizar escalas como Bartell para validar la capacidad psicosocial. O sencillamente indicadores de satisfacción o consumo de recursos o costes de la atención.

Actividad

Indicadores y *outcomes*: concordancia

La gestión por procesos es un mantra habitual. (En ocasiones, parece el único). Ahora bien, aprender de los mejores nos lleva a realizar preguntas adecuadas para poder adaptarlo a nuestro entorno. Lo importante no es lo que se hace, sino cómo se hace y sus resultados. Para ello, indicadores claros de entrada y salida. Si no tenemos indicadores claros, se suelen hipertrofiar los procesos y las unidades y los servicios, por no tener claro qué queremos hacer y con qué medios. El Hospital del Mar presenta buenos resultados y es un habitual ejemplo en algo tan frecuente como la gestión del proceso de insuficiencia cardíaca.

1. Leed con atención el proceso de insuficiencia cardíaca.

2. Identificad al menos uno de los siguientes indicadores por área. Justificad o refutad su pertinencia.

- ¿Cuál es el indicador de entrada al proceso?
- ¿Cuál es el indicador de salida?
- ¿Cuál es el indicador de resultados?

8. ¿Cuál es la forma de medir los resultados de las políticas de salud?

La esperanza de vida es habitual: cuanto más vivan las personas, por término medio, hay que deducir que se debe a un mejor sistema sanitario (habitualmente se liga a ello cuando el dato mejora año a año) y todas las políticas van por buen camino. Visto así, es fácil: más vida es mejor. Pero no todos los años de vida son iguales, no solo por una cuestión obvia, sino que un año con buena salud se valora más que un año con enfermedad o con limitaciones físicas. Otra obviedad que obliga a repasar la esperanza de vida como resultado. La vida está para ser vivida, con calidad suficiente para ser disfrutada. Vivir en sí mismo no es el objetivo, sino todo aquello que nos aporta, que además es cambiante según en qué etapa nos encontramos. Y más aún, la propia vida con calidad nos permite mejoras en otros aspectos de nuestra propia existencia por el hecho de poder disfrutar con salud, típicamente, la mejora de nuestra renta disponible.

De ahí surgen las medidas por años de vida ajustados por calidad, AVAC o QALY (ya vistas en otros apartados), que consideran la morbilidad y mortalidad de los individuos. De acuerdo con W. D. Nordhaus, las mejoras de la salud son una inversión, como un aumento de capital o de los activos de las personas. Por tanto, solo hay que calcular lo que se gasta para saber si el beneficio que se obtiene es mayor que su coste. La productividad no es actividad; hay actividades que, incluso, no interesa que se produzcan (servicios de urgencias). No se puede utilizar la misma unidad de medida de valoración de la productividad en todas las áreas. Así, se utiliza el tiempo medio por unidad de producto (p. ej., estancia media); el tiempo ocupado de los recursos (porcentaje de ocupación); el número de productos por recurso (índice de rotación, número intervenciones por sesión quirúrgica); el tiempo medio de desocupación del recurso por unidad de producto (intervalo de sustitución), o la relación entre productos (porcentaje de producción inadecuada –reprotesis–). Se aplican a distintas áreas, como hospitalización, consultas externas, urgencias, servicios centrales, personal. Puede ir desde medir los productos más simples (ingresos, estancias, visitas) a más complejos (procesos –demora en la asistencia–, GRD). Ahora bien, todos ellos no son más que indicadores de procesos, de productos intermedios o de otras cosas que no dan respuesta a lo importante: ¿qué repercusión tiene en la salud de la población? Se trata de pasar de indicadores que definan la calidad de los procesos a valorar qué repercusión tienen realmente en el estado de salud de la población planificado, entre otros, por un Plan de salud, seguramente muy publicitado, lujosamente encuadernado pero escasamente gastado en sus páginas.



Lectura recomendada

W. D. Nordhaus (2002). "The health of nations: the contribution of improved health to living standards". NBER Working paper series. Working paper 8818. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

8.1. Limitaciones de los indicadores de resultados

Los *performance indicators* tienen una serie de limitaciones:

- Definición del producto: aquello que se considere resultado de la actividad asistencial condiciona la medida. No es equivalente el número de intervenciones quirúrgicas que los reingresos. Detrás del producto tiene que existir una estrategia. Si se opta por medir actividad y hacerla equivalente a resultados, es muy distinta que si los resultados son por ejemplo la mejora de la calidad de vida que aportan esas intervenciones.
- Especificación. Las demoras medias orientan al proceso, a través de la medida de productos intermedios, medibles, pero que no implican resultados.
- Las unidades que se utilicen tienen que permitir la comparabilidad en el tiempo y en las mismas unidades (p. ej., definición de reingreso).
- Deben valorarse muchos más productos que los puramente asistenciales (p. ej., actividad docente e investigadora).
- La definición del recurso utilizado para conseguir el resultado tiene que ser equivalente en el tiempo, recursos polivalentes, con una definición de la unidad de recursos. Valorar solo resultados comparables llevará inevitablemente a valorar la estructura que permite obtener esos resultados. Por ello, debe haber una definición de los medios que se utilizan.

Pero también se pueden medir resultados, entendidos como los cambios favorables o adversos en la salud de las personas, grupos o comunidades atribuibles a la atención sanitaria recibida. Clásicamente se analizan:

- la supervivencia en procesos neoplásicos,
- la mortalidad intrahospitalaria y
- los reingresos.

Sucesos adversos tales como:

- infecciones nosocomiales (prevalencia habitualmente alrededor del 9%),
- infecciones por catéter en porcentaje por mil días de cateterización,
- incidencia de neumonías por intubación,
- bacteriemia fuera de la UCI, en porcentaje por mil por estancias hospitalarias,

- prevalencia de tratamientos antibióticos en el centro,
- sondas de circuito cerrado,
- infecciones por cirugía protésica programada,
- patología iatrógena, complicaciones más frecuentes (úlceras, caídas) y
- la estabilidad de parámetros fisiológicos como la mejora en signos clínicos o bioquímicos (p. ej., la escala APACHE en UCI).

Pero, aún hay más, interesan también el estado funcional del paciente (capacidad para el esfuerzo, para la vida diaria), la función psicosocial (estado cognitivo, escalas de ansiedad), la calidad de vida (medición de utilidades, índice de estado de salud, perfiles de salud genéricos), la percepción de la propia persona sobre su vida, o la satisfacción valorada a través encuestas.

Ahora bien, los resultados no dependen solo de la eficacia de la tecnología o de la calidad del proveedor, sino que también dependen de la gravedad del paciente respecto al resultado. La gravedad representa la probabilidad o el riesgo previo de cada paciente antes de ser tratado. Es un concepto distinto según sea clínico o técnico el punto de vista que se adopte. Si se controla cada factor respecto a su resultado, se pueden realizar comparaciones. Los factores de gravedad no son todos lineales. A más **edad**, más riesgo de muerte, pero ¿es equivalente a un mayor incremento de costes? Los GRD (véase más adelante) cortan a los 70 años, y a los 90 años, por ejemplo, se toman actitudes expectantes de bajo coste, pero también otras más intensivas en diagnóstico y tratamiento. El **género** no se usa como factor de gravedad, pero sí en epidemiología. En un hospital tiene poco interés, salvo fractura de cadera (mujeres) o rodilla (hombres), pero ya comienzan a publicarse estudios de género por intensidad diagnóstica, p. ej., *by-pass*. Otro factor que se debe tener en cuenta a la hora de valorar resultados es el **diagnóstico principal**; no todos son iguales ni dentro del mismo, baste pensar en las clasificaciones de estadiaje de los tumores. La **comorbilidad** es aquella patología que no tiene que ver con el diagnóstico principal (metástasis es gravedad, no comorbilidad, pero una ACV y fractura de cadera son comorbilidades, sepsis es gravedad del diagnóstico principal). Las **complicaciones** se refieren a procesos dentro del hospital. También es importante la estabilidad clínica, o el estado funcional, o la calidad de vida, que es predictor independiente de otras... Todo ello hay que tenerlo en cuenta a la hora de valorar resultados. Son factores que pueden utilizarse en un ajuste para valorar la calidad de vida previa. Se necesitan sistemas de ajuste de riesgo más finos pero otros ya existen (Apgar en los recién nacidos, escala de Glasgow en coma, el riesgo anestésico a través de la escala ASA, la escala APACHE III en UCI para medir gravedad y pronóstico).

8.2. Limitaciones del conjunto mínimo básico de datos

El CMBD tiene importantes limitaciones, pero tiene una gran ventaja: prácticamente existe en todos los hospitales. Y por limitaciones se entendería su existencia solamente en hospitales, al no ser una herramienta adecuada para ajustar riesgos y en la que la calidad de codificación no es validada (nada extraño por otra parte en medicina, donde no se valida, necesariamente, aquellos que realizan informes para llegar a un diagnóstico). Incluso las reglas que se utilizan para realizar la codificación (no se puede interpretar o, ante una sospecha, considerar como confirmado un diagnóstico) pueden llevar a la circunstancia de que ante una pancreatitis y una CPRE, consecutivas, no se vinculen como complicación porque no son referidas como tal en el informe de alta, a pesar de la sospecha que el codificador pueda tener (debería preguntar al clínico en este caso). Y por el contrario, la sospecha de un diagnóstico, por ejemplo, trombosis cerebral, se considera que es real, a pesar de que puedan existir a posteriori exploraciones que no lo confirmen. El CMBD es una herramienta clínico-epidemiológica orientada también a relacionar procesos agudos. Por ello, la limitación de diagnósticos secundarios que pueden encontrarse en la construcción de algunos CMBD podía limitar la caracterización de pacientes con enfermedades crónicas, con sus comorbilidad y complicaciones asociadas. También el CMBD puede llevar a la paradoja de que la presencia de comorbilidad crónica, informada cuando no existe otra comorbilidad aguda, se puede comportar como factor de protección.

Ya por último, el incentivo para ser exhaustivos en el registro estará también condicionado por la finalidad de la información. Así, aquellos que utilicen los GRD para su financiación tratarán de realizar (*upcoding*) para tener más peso y más financiación. Además, los pesos de los GRD tienden a estar sesgados, infraestimando el riesgo para los casos de alto riesgo y sobreestimándolo en los de bajo riesgo. De igual modo, aquellos que utilicen esta información para una mejora de la calidad que prestan pueden estar más orientados a recoger las complicaciones de fármacos, de tratamiento, etc., siquiera por tener datos fidedignos para identificar áreas de mejora.

Pero tampoco en ocasiones se necesita tanta sofisticación. Por ejemplo, ante diagnósticos de alta de neoplasias, además del tiempo en lista espera, sería oportuno ver si la inclusión en la citada lista tiene algo que ver con el diagnóstico de confirmación tras el procedimiento diagnóstico.

Lectura recomendada

J. Libreró; S. Peiró (1998). "¿Previene las enfermedades crónicas la mortalidad intrahospitalaria? Paradojas y sesgos en la información sobre morbilidad hospitalaria". *Gac Sanit* (núm. 12, págs. 195-202).

Lectura recomendada

J. Pettengill; J. Vertrees (1982). "Reliability and validity in hospital casemix measurement". *Health Care Financ Rev* (núm. 4, págs. 101-28).

La publicación de un trabajo auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre indicadores de calidad ofrece una estupenda herramienta. Indicadores tales como:

- 1) Mortalidad en DRG de baja mortalidad.
- 2) Tasa de úlceras por presión.
- 3) Infección debida a uso de dispositivo vascular.
- 4) Fractura de cadera postoperatoria.
- 5) Trombosis venosa profunda y TEP postoperatorio.
- 6) Sepsis en paciente postquirúrgico.
- 7) Daño neonatal durante el nacimiento.
- 8) Trauma vaginal en parto con instrumentación.
- 9) Trauma vaginal en parto sin instrumentación.
- 10) Trauma obstétrica tras cesárea.
- 11) Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento.
- 12) Error en el punto de operación.
- 13) Error de medicación y mortalidad atribuible.

A título de ejemplo, la fractura de cadera atribuible a la estancia en el centro: definiciones, límites y excepciones.

Ejemplo de desarrollo de un indicador de seguridad (resultados). Fractura de cadera atribuible a la estancia en el centro

Definición	Casos de fractura de cadera sucedidos durante el ingreso / 100 altas
Numerador	<p>Altas que contengan los códigos de la CIE9MC de fx de cadera en cualquier campo de diagnóstico secundario:</p> <p>Códigos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 820.0x Fx transcervical, cerrada 820.1x Fx transcervical, abierta 820.2x Fx pertrocantérea, cerrada 820.3x Fx pertrocantérea, abierta 820.8x Parte no especificada de cuello de fémur, cerrada 820.9x Parte no especificada de cuello de fémur, abierta



Lectura recomendada

MSC (2008). *Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable*. 55. http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/Validacion_indicadores_calidad.pdf

Definición	Casos de fractura de cadera sucedidos durante el ingreso / 100 altas
Denominador	<p>Todas las altas mayores de 17 años Excluye los casos con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Diagnóstico principal de fx de cadera 2) Trastornos o enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo (CDM8) con los siguientes códigos: <ul style="list-style-type: none"> • Cap. 2 neoplasias: benignas y malignas y comportamiento incierto de huesos y tej. conectivo (170, 171, 213, 215, etc.) • Cap. 17 lesiones y envenenamientos: fx (800-829), luxaciones (830-9), esguinces y torceduras (840-8), heridas abiertas de miembro superior/inferior (880, 881, 882, 891, 892), complicaciones de procedimientos y dispositivos (996, 997) 3) Diagnóstico principal de epilepsia, AVC, coma, parada cardíaca, envenenamiento, trauma, delirio y otras psicosis o lesión cerebral anóxica. Este grupo de pacientes puede que tuvieran la fx de cadera al ingreso y por lo tanto constituirían falsos positivos. Este mismo argumento es el que da la AHRQ en su último informe, y no tanto que estos pacientes tengan un especial riesgo de sufrir fx de cadera durante el ingreso en el hospital. <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 345 y convulsiones 780.3x • Síncope 780.2 • Enf. cerebrovascular: o hemorragia subdural/intracerebral/intracranial: 430, 432.9x/Oclusión-estenosis precerebral con infartos 443.x1; oclusión arterias cerebrales con infarto (434.x1); ACV 436; ACV postoperatorio: 99702 • Coma hiperosmolar o cetoacídico 250.2x y 250.3x coma hipoglucémico (251.0); coma hepático (572.2) • Alteraciones del nivel de conciencia: 780.01 y 780.03 • Parada cardíaca 427.5 • Envenenamiento por drogas, sustancias, medicamentos y sustancias biológicas (960.0 al 979). Efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas respecto a su origen (980.0 al 989.83 con los códigos E de accidental E850 E860 al E869, E951, E952, 3962, E980, 3981, E982 • Lesión anóxica cerebral 348.1 • Códigos diagnósticos de delirio u otras psicosis: 290 al 299 4) Diagnóstico de cáncer metastático, cáncer de órganos linfáticos y hematopoyéticos tanto principal como secundario: <ul style="list-style-type: none"> • neoplasia metastásica en cualquier órgano o sistema: 196 al 199 • códigos de neoplasia maligna de órganos linfáticos o hematopoyéticos: 200.xx a 208.x 5) Lesiones autoinfligidas 6) CDM14 (embarazo, parto o puerperio), códigos 630.xx al 677.xx

En relación con el área del medicamento se han definido indicadores a nivel nacional, basados en parte en las prácticas recomendadas por el National Quality Forum (NQF), así como la fuente de información que representa la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (WHO). Primero se definen las líneas prioritarias (estratégicas) y a partir de ahí se construyen los indicadores, que inicialmente, si no se dispone de mucha infraestructura, bastaría con que se preguntara por la seguridad (el daño innecesario) como resultado de la intervención. Adaptado del cuestionario del Institute for Safe Medication Practices, recoge entre otros muchos ítems los siguientes:

1) La información esencial sobre los pacientes se obtiene y está disponible de inmediato en un formato útil y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran los medicamentos.

Lecturas recomendadas

MSC (2008). *Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007)*. Madrid.

National Quality Found (2007). *Safe Practices for Better Healthcare 2006. Update: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum.

WHO. *World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions*. www.jcipatientsafety.org

- 2) La información esencial de los medicamentos está fácilmente disponible en un formato útil y se tiene en cuenta cuando se prescriben, dispensan y administran medicamentos.
- 3) Se ha establecido un sistema cerrado de Guía farmacoterapéutica que limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduce el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a esta Guía.
- 4) Los métodos de comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación de los pacientes están estandarizados y automatizados para minimizar el riesgo de errores.
- 5) Se establecen medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos que tienen nombres parecidos o etiquetados y envasados confusos o de apariencia similar.
- 6) Todos los envases y dispositivos con medicamentos están etiquetados con etiquetas bien diseñadas y legibles que identifican claramente los medicamentos que contienen, y permanecen etiquetados así hasta el momento de la administración.
- 7) Las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.
- 8) Los medicamentos se dispensan a las unidades asistenciales de forma segura y se encuentran disponibles para su administración dentro de los plazos de tiempo apropiados para satisfacer las necesidades de los pacientes.
- 9) Los depósitos de medicamentos de las unidades asistenciales tienen unas existencias limitadas.
- 10) Los productos químicos peligrosos están aislados, sin peligro para los pacientes y no están accesibles en las zonas de preparación de los medicamentos.

De igual modo, a partir de consensos de diversas organizaciones profesionales, como la Asociación Española de Cirugía, en cirugía colorrectal o indicadores de la atención al parto y ginecológica en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Lecturas recomendadas

V. Serra-Sutton; L. Barrionuevo; M. Herdman; S. Alomar; L. Sanz; M. Espallargues (2010). *Desarrollo de indicadores para evaluar programas de prevención de cáncer colorrectal en población de riesgo alto*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació

de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2009/01.

Entre otros ejemplos, se pueden valorar por áreas indicadores como:

- **Área obstétrica:** tasa de complicaciones en partos y cesáreas; porcentaje de partos vaginales sin episiotomía; tasa de cesáreas ajustadas por riesgo.

Lectura recomendada

J. Libroero; S. Peiró; A. Belda; J. Calabuig (2014). "Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar hospitales que atienden partos con riesgos diferentes". *Rev esp salud pública* (núm. 88, págs. 315-326).

- **Área oncológica:** c. mama, complicaciones quirúrgicas; cirugía radical y no reconstructiva.
- **Digestivo:** tasa de sustituciones en hernia de pared, o de complicaciones por procedimiento.
- **Área traumatológica:** mortalidad en fracturas de fémur; estancia preoperatoria en fx de cadera.
- **Área respiratoria:** mortalidad en neumonía no complicada; reingresos de pacientes con EPOC.
- **Área cardiovascular:** mortalidad ajustada por riesgo en IAM, así como mortalidad en *by-pass* coronario.

La central de resultados en Catsalud utiliza indicadores sobre accesibilidad, efectividad, oportunidad, satisfacción y eficiencia, y muestra diferencias en el porcentaje de cesáreas entre el 21,4 en Barcelona sur y el 34 Barcelona ciudad. La mortalidad infantil hospitalaria oscila entre el 0,8 en la ciudad y el 1,3 en el norte, Cataluña central y Lérida. La mortalidad hospitalaria por accidente cerebrovascular entre el 0,8 en Lérida y el 1,4 en Cataluña central, y el porcentaje de cirugía conservadoras de mama entre el 75,3 en Barcelonés sur y el 67 en Gerona y Lérida.

El Hospital St. Joseph en Canadá informa de sus tasas de infección, por prescripción legal y está obligado a informar sobre:

- Las tasas de infección con *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* (MRSA) meticilin resistentes, *Enterococos vancomycin* resistentes (VRE).
- Tasas de infección nosocomial y tasas de cumplimiento del protocolo de lavado de manos.
- Tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica.

Web recomendada

<http://dhmh.maryland.gov/ohcq/SitePages/Home.aspx> (Estado de Maryland, EEUU, para evaluación de su asistencia).

Enlaces recomendados

http://www10.gencat.cat/catsalut/esp/central_resultats.htm
http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/central_resultats_3informe_aiaqs2012.pdf

Web recomendada

<http://www.sjhc.london.on.ca/psi/infection/ir.htm>

- Tiempos de espera.
- Aquellos profesionales que ganan más de cien mil dólares.

Y para ayudar a los internautas, pacientes y sus familiares a un mejor manejo de la información que se les ofrece, el Consorcio de hospitales de Ontario creó un sistema de ayuda (abril del 2009), ofreciéndola como “una oportunidad para saber más acerca de sus hospitales, tipo de cuidado y resultados”. Incluso, la **Cleveland Clinic** ha empezado a medir en términos de resultados (*outcomes*) sus intervenciones. Son accesibles en su página web y señalan incluso que es precisamente esa transparencia en los resultados lo que da seguridad al paciente.

8.3. Las listas de espera como indicador de resultado

La perspectiva de la investigación en servicios sanitarios a través de disciplinas como la epidemiología y la sociología mide la satisfacción como una forma de evaluar los resultados. Esto es solo un punto de vista; la perspectiva del marketing de servicios en términos de calidad del servicio percibido compara expectativas con percepciones. Los índices de satisfacción de los usuarios marcan la estrategia de las organizaciones. De igual modo que la canción “el que tiene 40, quiere 50”, todos quieren más. Si el índice de satisfacción es 70, se anhela el 80%. La calidad de los bienes y servicios se da por descontado y la satisfacción del usuario parece que es el dintel que señala las mejoras. Otra conclusión fatal es considerar que la mejor satisfacción está relacionada directamente con la estrategia empresarial.

El Peugeot 405 no tenía luz en la guantera, por lo que era sumamente incómodo para consultar cualquier cosa. Un cliente se lo comunicó a la compañía y solo obtuvo el silencio por respuesta. Había comprado dos coches del mismo fabricante, por lo que el producto le gustaba. Parecía que nadie había reparado en que los clientes necesitan una luz en la guantera. La estrategia no era invitar a que los clientes participaran en la construcción del producto, siquiera los fieles a la marca, sino que se ponía el empeño en mejorar las condiciones de venta a través de descuentos.

Hay que ser muy cuidadoso con los *inputs* que crean determinados índices. Algunos hacen equivalentes recursos con calidad del sistema. Así, hay parámetros tan singulares como número de camas por mil habitantes, o el gasto sanitario per cápita, el número de médicos, etc. Es cierto, pero también lo es que criticar la unidad de medida también sirve para no preocuparse por nada, ni siquiera, por cambiar de proponer mejoras en esas unidades. Datos: los habitantes de Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Asturias, Extremadura o Galicia prefieren la sanidad pública sobre la privada. Sin embargo, antes del autobombo, esas preferencias se combinan con aquellos que opinan en dos terceras partes que apenas de han producido mejoras en listas de espera o accesibilidad en general. Cualquier lectura parcial de estos datos bastaría para

Webs recomendadas

<http://www.justcleanyourhands.ca/>
<http://www.myhospitalcare.ca/Pages/homepage.aspx>
<http://my.clevelandclinic.org/>



explicarse. Pero basta con citar que en la valoración sobre la atención global recibida Madrid ocupa las últimas posiciones. Ahora bien, sin comparación con el entorno no tiene sentido sacar conclusiones apresuradas. Los índices de satisfacción no nos enseñan claramente si las personas entienden que la organización se preocupa por ellos. Si el cliente tiene la sensación de que la organización se preocupa sinceramente. La fidelidad de un cliente será muy alta y su satisfacción también, pero que alguien esté satisfecho no significa que sea necesariamente fiel. En los centros hospitalarios públicos, sorprende que todas las reclamaciones se tratan de igual forma, cuando algunas de tan evidente respuesta que tienen podrían solucionarse incluso antes de que el paciente llegara a su domicilio (en muchas de ellas una disculpa es un bálsamo). Si el servicio se da de la misma manera para todos los clientes en todas las empresas, no aporta nada. El buen servicio es importante, pero hay más, como es aprender de lo que el cliente nos enseña. Atención, por tanto, a los detalles, a los pequeños detalles, que parecen no tener importancia y son capitales.

8.4. Las distintas “esperas”

Dentro de la valoración de resultados, las listas de espera están en primera línea de fuego. Así, consideradas como independientes, las listas de espera (LE) de consultas externas (no todas, las sucesivas no son lista de espera por lo que se ve), las pruebas diagnósticas (no todas, claro), de quirófano (no todas, porque la cirugía *minor* no parece o aparece en listas de espera oficiales), están dentro de la política sanitaria, por extensión, y dentro de la valoración de resultados que realizan los pacientes, sus familiares y los potenciales clientes.

Las LE afectan a la mayoría de los países de nuestro entorno; no obstante, su abordaje, por la vía de la oferta o la demanda, es distinto porque no existe una solución ideal. Es más, medidas a corto plazo pueden tener efectos perversos; una actuación sobre la oferta lleva a no preguntarse por la demanda; se necesita una visión de todo lo que significa una LE. Tal como analizamos, las LE en estos momentos se organizan de forma opuesta a como funciona en realidad un sistema sanitario. Parece que las LE de consultas, de pruebas diagnósticas, quirúrgicas, fueran independientes entre sí, como si necesariamente fueran distintos los pacientes incluidos en ellas.

No es infrecuente un paciente que está en LE de consultas externas pero pendiente de una prueba diagnóstica. Si es muy posible que la LE en la que esté no importe mucho, ya sabe, en la LE de revisiones o de sucesivas, pero pendiente de una prueba que sí tiene espera también. Ese maravilloso indicador que mide la relación entre consultas sucesivas y primeras, que no se sabe muy bien qué significa. Alguien puede tener una revisión por cada primera consulta y no decirnos nada de la demora en la atención de esas revisiones porque no sabemos nada de si ha finalizado o no la atención al paciente. También en la LE quirúrgica nos podemos encontrar a pacientes pendientes de una interconsulta en cardiología, por ejemplo. Para este supuesto, tenemos otra solución mágica, que es no contarlos en la LE quirúrgica; quizá la solución verdadera-

mente mágica fuera no contarlos en ningún lado. Para la LE de consultas externas está pendiente de una intervención quirúrgica, y para la LE de cirugía está pendiente de consultas externas. Es un mismo paciente con dos procesos encadenados que necesita uno de otro. Adelantar por políticas de choque la demora de la LE quirúrgica llevará a que esté en lista de espera de consultas hasta que el plan “choque” con las consultas externas.

En sencillo (o eso parece) que las listas de espera responden a la relación entre oferta y demanda. La espera es sentida como un problema por los pacientes y sus familiares (sobre todo si no es explicada). La espera no tiene la misma percepción según el lugar que se ocupe. La espera antes del servicio se percibe más que dentro del sistema. Es fácil de entender: acceder a una primera consulta de ginecología se siente como más espera que si esta se produce una vez pasada esa primera consulta, aunque las expectativas no se hayan cumplido, usualmente, vinculadas a la realización de alguna prueba, justamente, por la que ahora se está esperando. La espera sin explicación es, definitivamente, el principal motivo para que alguien, de entrada, ya esté en nuestra contra. Sorprende, por ejemplo, cómo en algunos hospitales se realiza un triaje en urgencias que no es explicado al paciente. Se da por asumido que la cadena de preguntas que se le realizan son entendidas como para discriminar su gravedad. Peor aún, ni se le comenta el tiempo aproximado que puede esperar. No es muy difícil explicar que esas preguntas son para clasificar, precisamente, esa espera, y aportar seguridad al paciente. En un hospital portugués, además, a los pacientes los identifican con una cinta del color de la prioridad en la muñeca. Así, el paciente, se identifica con los demás de su color-prioridad, y sabe que su espera, ahora sí, es relativa a una gradación que se le realizó y que se llama triaje.

8.5. El riesgo como modulador de la espera

La perspectiva de los pacientes respecto a la LE está, entre otros, relacionada con el riesgo. El riesgo es la probabilidad de un suceso o un factor que incrementa la posibilidad de ocurrencia de un suceso. El riesgo se define por la incertidumbre de resultados no deseados. Hay que tener en cuenta que no existe la probabilidad cero (clave en temas de seguridad del paciente) y así la gestión del riesgo se realiza, en ocasiones, a través de la mitigación sobre los posibles resultados indeseados (p. ej., un airbag de un automóvil). La razón de todo ello es la variabilidad, si se disminuye dentro del sistema, la curva se acerca a lo mejor que puede ofrecer el sistema. Si fuera todo favorable, se limitaría a la variación en lo positivo, aunque en ciertas empresas con gran exigencia, esos resultados positivos pueden no ser suficientes y no alcanzar las expectativas puede tener parecida (incluso peor) significación que resultados negativos, en especial si la evolución del sector es mucho mejor que los resultados que presenta la empresa (típicamente, el resultado de la venta de automóviles). Es difícil aceptar que el conocimiento no es absoluto. Así, el tratamiento de elección es el que tiene más probabilidad de éxito, pero no es una realidad absoluta. Reconocer la base probabilística de las decisiones profesionales ayuda

a disminuir otros problemas. A pesar de ello, el riesgo, en el sentido de azar, es la vida misma, no como un golpe de fortuna, sino precisamente la vida entendida como algo no previsible que por lo que hacemos, y también por lo que dejamos que hacer, logramos convertir en ilusionante. Los riesgos están en operaciones financieras o en la vida misma. Hay riesgos de distintos tipos:

- clínicos, económicos, humanos, estratégicos, de reputación;
- por su frecuencia, algún riesgo clínico es más importante a pesar de su baja frecuencia;
- por su impacto, pudiendo llegar a ser catastróficos;
- por su prioridad, algún riesgo, aun no siendo frecuente ni importante, puede ser prioritario (p. ej., nódulo mamario en persona joven);
- por la estrategia que puede minimizar su ocurrencia;
- por el riesgo residual;
- por la posibilidad de control, inevitable, reducible o evitable.

El concepto de **gestión del riesgo** tiene que ver con la calidad, con la evitación de circunstancias que pueden ocasionar el daño al paciente. Para gestionarlo, y por ello, gestionar entre otras las LE, se puede intervenir sobre la probabilidad de las consecuencias (en el supuesto de que no se pueda lograr su inevitabilidad). Ahora bien, los promedios no nos dicen gran cosa sobre lo que ocurre en realidad, sobre la demanda y variabilidad. Hay muchos más factores que se deben tener en cuenta que el meramente estadístico para tomar decisiones. Entre otros, hay que valorar la importancia de los efectos psicológicos.

Estas percepciones del riesgo y sus consecuencias pueden tener distintos *drivers* para ser modificadas.

- Gestionar la percepción sobre el servicio: relacionada con las expectativas.
- Gestionar el tiempo ocioso. Ante una espera sin nada que hacer, se percibe como más largo. Las esperas en los parques de atracciones para acceder al entretenimiento más demandado. Informan de la espera en pantallas; permiten acceder con un sobrecoste a accesos prioritarios para evitarla, con lo cual la espera es “priorizada” por el cliente. Además, se realiza en un entorno en el que, siquiera por la disposición de la cola, hay una actividad añadida a la propia espera con entretenimientos, magos, zancudos, un monitor que enseña un pequeño animal, etc.
- Las esperas entendidas como injustas (aspecto clave), y también sin explicación sobre los motivos de esa injusticia sentida son especialmente con-

Lectura recomendada

D. Ariely (2008). *Las Trampas del Deseo*. Ed. Axel.

flictivos. Siguiendo con el ejemplo anterior, ante igual prioridad en la urgencia, que se atienda antes a una persona con minusvalía. O de forma más prosaica, cuando llegamos a nuestro turno a la peluquería y alguien, que llega más tarde que nosotros, es atendido antes; es muy posible que esa persona tenga una reserva anterior a la nuestra, pero, si no nos lo confirman, justamente, podemos pensar en un trato de favor (que es posible que sigamos pensando aunque nos lo digan). No se trata de convencer, sino de dar argumentos.

- Las esperas sin compañía se perciben mucho más largas. Atención por ello a personas que acuden solas, sobre todo, ante la sospecha de una mala noticia, usualmente, una enfermedad neoplásica. No es extraño, por ejemplo, mujeres que acuden solas para conocer el diagnóstico de una prueba mamográfica. Es necesario identificar estos pacientes para darles una calidez. Por ejemplo, ante un circuito rápido para descartar una enfermedad neoplásica en mama, las pacientes tienen que ser atendidas con la máxima atención. No se trata de “usted, baje al sótano, en rayos y entregue esta petición o espere a que la llamen”. Es mucho mejor que alguien espere por esa persona y la llame cuando llegue (no es difícil calcular el tiempo que puede tardar una persona en llegar a un sitio). O, mejor aún, o ambos, que la persona sepa por quién debe de preguntar para sentirse más protegida. No cuesta mucho (¿o tal vez sí?) esta calidez en la espera, este acompañamiento empático.

8.6. Medidas para gestión de la capacidad

La mejor de las opciones depende de la creatividad y del negocio (las expectativas de un cliente en un banco no son las mismas que un cliente en una aerolínea de bajo coste). No obstante, hay que analizar la demanda, identificar grupos homogéneos de entradas.

En el mecanismo de servicio lo más relevante es el número de estaciones (quirófanos, boxes, consultas, etc.) que ofrecen simultáneamente el mismo servicio porque condiciona el resultado, junto con el mecanismo de servicio y la función a la que se ajusten las entradas al sistema. Si el mecanismo de servicio está correctamente realizado, el coste será alto pero no habrá cola; se trata de buscar la capacidad óptima, el número de canales que minimizan el coste del sistema (conjunto de mecanismos de servicio y la propia cola). La gestión de la capacidad tiene que establecer márgenes de seguridad y dentro del mismo proceso (no se pueden combinar consultas con quirófanos porque son procesos distintos) es mejor hacer un *pool* y dar un margen sobre el que se pueda ajustar la capacidad.

Se pueden tomar medidas como las siguientes:

- Redistribuir los recursos en función de la demanda. Por ejemplo, en los servicios de urgencia establecer jornadas en relación con la demanda de los pacientes para concentrar la capacidad cuando necesita más demanda.
- Formación: que ayuda a la mejora de los procesos para eliminar redundancias y aprender a identificar ineficacias que no ayudan en nada al destinatario del servicio. Por ejemplo, entender que estandarizar cuidados es mejor que no tener nada reglado. Hacerlo sistemáticamente bien es mejor para todos, y sobre todo para el paciente. Se requiere formación e iniciativa.
- Incentivar productividad. La forma como se recompense genera cultura de empresa (y no se trata solo de dinero).
- Valorar los flujos del proceso (EPC (cadena de procesos guiada por eventos) se emplean para el modelado de procesos de negocios). Hoy en día, cuando los clientes (pacientes) exigen un trato más personalizado, es una herramienta que ayuda a gestionar las operaciones que sostienen los procesos.
- Valorar si la ubicación de los recursos es la adecuada.
- Modular la respuesta (dentro del hospital, tenerlo diseñado para que pueda sacar capacidad sin que el cliente se dé cuenta), que es el sentido del *overbooking*, tratar de utilizar la capacidad posible.

8.7. Medidas para gestionar la variabilidad

Las esperas pueden deberse a distintas causas. Si la demanda supera a la capacidad, con el tiempo se tiende a equilibrar a costa de mantener esa espera. Ese desequilibrio puede ser permanente u oscilante, con periodos en los que la capacidad supera a la demanda (por ejemplo, dotación de camas en periodos estivales). Obviamente, si la demanda es superior a la capacidad, no hay problemas de espera.

En un sistema en el que los usuarios llegan y hacen cola, con una longitud y disciplina de funcionamiento propia de cada cola, su disciplina más habitual es la FIFO (*first in first out*). La primera unidad sale antes que la segunda porque todas las que están en la cola son iguales. La priorización altera esa prelación, típicamente en sanidad. Las colas suelen tener una longitud ilimitada; con una disciplina que señala el criterio de las unidades que esperan para entrar. En toda espera la respuesta emocional y el valor que se le otorgue al tiempo de espera pueden crear distorsiones (véase más adelante priorizaciones en lista de espera).

La espera puede tomar distintas formas.

- Si hay **variabilidad en la llegada al mecanismo de servicio** (p. ej., en consultas externas), se utilizan citaciones, que son una forma de organizar ese tiempo de espera. En un proceso de Poisson o Markov de llegada al servicio, la característica más importante de las entradas es su probabilidad de ajustarse a la ley de Poisson para variables discretas o enteras. Si se conoce esa probabilidad de las llegadas (media, mediana, función de distribución, desviación típica, varianza, etc.), se puede organizar esa espera. Son tasas de llegada (λ), relacionadas con la capacidad de servicio (m) $\rho = \lambda/m$. Cuando llegan o forman cola o entran en el servicio. La cola que se forma puede ser infinita o tener un valor finito.
- Si la variabilidad corresponde al servicio, se utilizan medidas como agrupar o clasificar por colas, que puede llevar a una espera mayor en una cola que en otra. Por ejemplo, en oftalmología cuando se establecen unidades por órganos (párpado, estrabismo, fondo de ojo, polo anterior, etc.) o en radiología cuando se organizan las exploraciones por grupos (a primera hora rodillas, a segunda Tac con contraste), puede darse el contrasentido de mayor espera agregada, o de que se transmita esa espera a otros (p. ej., incremento de la estancia media porque “hacemos las rodillas a otra hora, salvo que sean urgentes”). En conjunto, el total de la espera es mayor que de forma agrupada y será más difícil dividirlos en números exactos. No obstante, se pretende ganar en especialización (atención, en estas organizaciones a como se organiza lo general). Ahora bien, esta manera de organizarse generará una curva de aprendizaje más intensa para la persona pero, no necesariamente, para la organización o el servicio en el que se realiza (asistimos en muchas ocasiones, a conocimientos propios de las personas). Así, en el ejemplo de oftalmología, existirá alguien que estará más capacitado sobre párpado, retina, etc., y que está en condiciones de ser la referencia para el servicio de oftalmología. Hay que articular esa gestión del conocimiento; dar el paso para realizar formación al resto del equipo y rotación en otras unidades del propio servicio es un despliegue de la estrategia para compartir el conocimiento (sentido común). Además, este *know how* permite estandarizar la asistencia de los procesos en esa unidad (y en la organización por extensión). Si la variabilidad en los servicios está condicionada por el nivel de ocupación, por ejemplo, la hospitalización, no es posible dar el 100%, o la espera la hace el paciente o el sanitario (se incrementan las esperas en pruebas radiológicas o digestivas de forma proporcional al porcentaje de ocupación cuando debería ser proporcional a la complejidad o adecuación de las exploraciones). Obviamente, al entrar en colas de espera es el paciente quien lo hace, con lo que la tasa de ocupación aumenta y se producen esperas largas.

Dar prioridad a la asistencia según necesidad asistencial o preferencias sociales contribuye a mejorar la gestión de las LE. Existen experiencias en las que, además del proceso en sí, utilizan otros criterios basados en la identificación de necesidad vinculada a la capacidad funcional y calidad de vida del paciente. ¿Hay que operar en primer lugar a aquellos que más se pueden beneficiar de la intervención? Si fuera así, se necesitan unidades de medida y normas éticas individuales y colectivas compatibles. Por ejemplo, en cataratas (ver más adelante) se puntúa en función de la capacidad de mejora prevista tras la intervención, la existencia de personas a su cargo y también la falta de personas que lo cuidarán tras la intervención, etc.

“Las medidas a corto, medio y largo plazo deben actuar sobre la oferta y la demanda; se sustentan en necesidades sociales; son explícitas y transparentes; se basan en un proceso sistemático; cuentan con la implicación de los profesionales y la participación activa de los ciudadanos y alcanzan a todo el ámbito de la asistencia sanitaria”.

Un trabajo de la Agencia de Evaluación de Tecnologías y Recursos Sanitarios del Servei Català de la Salut identifica como criterios de priorización: la gravedad de la enfermedad, la probabilidad de recuperación, la limitación de las actividades cotidianas o para trabajar, el tener alguna persona que cuide al paciente y el tener alguna persona a cargo.

Se trata de encontrar una jerarquía del principio de justicia social por equidad de uso y de acceso (ante igual necesidad, igual atención), en lugar de prioridad exclusivamente por el orden de llegada o tras no explícitas priorizaciones. Permite ordenar de manera distinta la atención de los usuarios, que deben tener claras expectativas y en función de qué criterios se ordenó; si no es así, la demora de algunos pacientes podría ser indefinida al poder existir alguien con mayor prioridad.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas

Es importante destacar que no existe relación entre los recursos disponibles y la ausencia de demoras excesivas, así como tampoco el tipo de financiación que se realiza.

Convivir con LE será necesario porque los cambios en la medicina llevan a un cambio del nivel de normalidad, a no aceptar una calidad de vida peor que la esperable, a la mayor y más rápida información para todos, en una dinámica en la que la propia sociedad pide rápidas respuestas a los problemas y cambios que llevarán a aflorar demanda sumergida, etc.

En Suecia, se establecieron tiempos de garantía para determinados procedimientos que en solo cuatro años provocaron que se volviera a los niveles previos; en Irlanda, después de un plan de choque, con indicaciones sobre efectividad, registro, prioridades, se produjo un repunte tres años después. El Reino

Web recomendada

P. Abad y otros (2006). *Preferencias sociales en las decisiones públicas. Priorización de pacientes en lista de espera quirúrgicas*. Fundación Areces. <http://webs.uvigo.es/viij-pe/pdf/abad-alvarez-rodri-guez-rodri-guez.pdf>

Lectura recomendada

P. Adam; S. Alomar; M. Esparallargues (2010). *Priorización entre procedimientos quirúrgicos selectivos con lista de espera del sistema público en Cataluña Barcelona*. Agencia de Información Evaluación y Calidad en salud. SCS. Dpto. de Salud. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Avaluacio/Directori/2010/pdf/priorizacion_proc_listas_espere_aiaqs2010es.pdf

Unido añadió la publicidad de las demoras, las prioridades clínicas, que trajo como resultado amplias variaciones entre centros, con importantes diferencias por variables socioeconómicas del paciente.

Siguiendo la misma metodología que se ha expuesto (análisis de colas, modificación de las expectativas, gestión de las operaciones, etc.) hay muchas recetas para abordar las LE.

Así, entre las propuestas para reducir el tamaño de las listas se encuentran las siguientes:

- aumentar la capacidad de la oferta,
- subsidiar a los enfermos que van al sector privado,
- utilización de la atención sanitaria de otros países,
- reducción-moderación de la oferta y/o demanda y
- modificación de las barreras legislativas.

Y las propuestas para reducir los tiempos de espera incluyen:

- aumentar la capacidad resolutive de la atención primaria y mejorar la coordinación entre los niveles de AP y AE,
- incrementar la cirugía ambulatoria o procedimientos alternativos,
- establecer tiempos de garantía –máximos de espera– y
- medidas de tipo organizativo encaminadas a la mejora de la eficiencia.

Y otras encaminadas a modificar las expectativas recogen propuestas como las relacionadas con la racionalización de los tiempos de espera:

- crear o mejorar los sistemas de información sobre la LE,
- análisis y publicación de los datos sobre listas y tiempos de esperas globales y por los diferentes proveedores,
- establecimiento de sistemas para establecer prioridades en LE,
- políticas específicas en relación con el sistema de financiación de los proveedores,
- políticas integradoras a medio y largo plazo y
- evaluación del impacto de las medidas.

Actividad

Reproducid la búsqueda en Google con las palabras clave en español que veis a continuación. Seleccionad un cuadro de mandos de cualquier hospital. Comparadlo con el de vuestra organización o, al menos, con aquellos datos a los que tengáis acceso. ¿Qué incorporaríais o cambiaríais? Justificad vuestra respuesta.

Web recomendada

B. González Sanchez y otros (2011). "El Cuadro de Mando Integral en el sector sanitario español. Una revisión analítica de la literatura". *RIGC* (IC(17), enero-junio) http://www.observatorio-iberoamericano.org/RICG/N%C2%BA_17/M_Beatriz_Gonzalez_Ernesto_L%C3%B3pez-Valeiras_Jacobo_G%C3%B3mez-Conde.pdf

	Búsqueda internacional	Búsqueda en español
Bases de datos	GOOGLE SCHOLAR + SCIENCE DIRECT + EBSCO HOST + PUB MED	ELSEVIER + DIALNET
Palabras clave	Balanced Scorecard + Spain / Spanish	Cuadro de mando integral + hospital / salud / sanidad / centros sanitarios

9. Casos de éxito en la gestión y dirección de organizaciones

Kaiser Permanente

Kaiser Permanente es una organización no lucrativa que presta servicios sanitarios a una tercera parte de la población de California, en Oregón, Colorado. Fue fundada por **Henry Kaiser** tras la Gran Depresión y se configuró como la conocemos tras la Segunda Guerra Mundial. En 1938, estableció el Garfield prepago *health plan*. Originariamente su benefactor la creó para dar soporte sanitario a los trabajadores de sus astilleros. Así, entre 1938 y 1945, estableció un programa preventivo para evitar que los trabajadores del astillero se lastimaran accidentalmente en sus oficios. En 1945, abrió al público su primer programa de salud. Participada por empresas y particulares, y en un 15% de los programas *medicare*, su lema es “cuidados de alta calidad a precios asequibles para dar servicio a la comunidad”. Al ser una entidad no lucrativa, no paga impuestos y debe invertir parte de sus beneficios en programas comunitarios. El grupo contrata a médicos, recauda sus cuotas, establece su propio marketing. Se constituye por distintas sociedades (Foundation Health Plan; Foundation hospittc.al; Hermanen Medical Group; KP Hospitales, etc.). Para **George Halvorson**, de Kaiser Foundation, “los cuidados de agudos se llevan la publicidad, pero los crónicos el gasto”. Se invierte mucho en unas patologías que se tratan mal (diabetes, asma, cardiopatía congestiva, enfermedad coronaria, depresión). 8 de cada 10 pacientes atendidos en AP tienen una enfermedad crónica; el 10% de los pacientes generan el 55% de las estancias hospitalarias. Sin embargo, la mayor parte del tiempo, los pacientes crónicos no interactúan con las organizaciones sanitarias, sino que tienen que cuidarse de sí mismos. La aportación al cuidado es residual, aunque de gran valor añadido, por parte de las organizaciones.

Utilizan la siguiente matriz para orientar sus cuidados:

- Nivel 3: Alta complejidad. Gestión de casos.

Lectura recomendada

L. P. Casalino (2005). “Disease management and the organization of physician practice”. *JAMA* (núm. 293, págs. 485-8).

- Nivel 2: Alto riesgo. Gestión de cuidados, gestión de enfermedades. Los programas de gestión de enfermedades pueden tomar dos modelos. Una empresa ajena a la hospitalización entra en contacto con el paciente para realizar un seguimiento de este, a través de distintos medios, teléfono, correo electrónico, visitas. La superespecialización permite ofrecer más conocimiento y mejores precios por economías de escala. Las empresas pueden pactar con estas organizaciones objetivos claros y precisos sobre ingresos, mejora de calidad de vida, etc.

Modelo de Bodenheimer

En el modelo de Bodenheimer, se busca una integración con la organización que atiende al usuario, usualmente en enfermedades crónicas. El seguimiento holístico del paciente, con una visión integradora, contempla al paciente como un todo, su red de apoyo social, su ambiente. Busca más potenciar el autocuidado (que es una forma distinta de hacer) y permite extenderlo a otras enfermedades.

Lectura recomendada

T. Bodenheimer; E. H. Wagner; K. Grumbach (2002). “Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model”, parte 2. *JAMA* (núm. 105, págs. 2861-6).

- Nivel 1: Gestión del autocuidado (70-80%).

- **Nivel 0:** Promoción de la salud.

Definen áreas prioritarias en asma, dolor crónico, depresión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, obesidad, autoasistencia, ancianos. El 55% de sus cuidados están estandarizados. La dificultad de lo pluri- o patologías combinadas las afronta simultáneamente abordando, por ejemplo, ante la DM y la CI, el seguimiento antitrombótico, lípidico, IECA, beta bloqueantes. En todos sus programas incentiva la deshabituación tabáquica, la actividad física, la comida sana, la disminución de peso.

Para ello, estratifica el riesgo en:

- Atención primaria con autocuidado.
- *Care management* con cuidados asistidos.
- Cuidados más intensivos.

Sus resultados: tiene un 20% menos de muertes que otros centros de tratamiento similares. Además, los problemas cardíacos son la segunda causa de muerte, después del cáncer, invirtiendo la tendencia de otras organizaciones similares. Sus tasas de hospitalización en IAM, EPOC, ictus y fractura de cadera son menores.

En aquellas patologías en las que el autodagnóstico es más probable, los pacientes desempeñan otro papel distinto del tradicional.

Webs recomendadas

Healthwise.org; Guideliness.com; Permanente.net; Healthlyheart.com

Junto con las intervenciones comunitarias, provee a sus pacientes del KP Healthwise Handbook o Healthy life with chronic conditions. Así, en sesiones estandarizadas examina, entre otros, síntomas, ejercicio, nutrición, comunicación, preguntas frecuentes, etc.

Facilita más la atención primaria y mejor y más rápido acceso a la atención especializada.

Es más eficiente y más integrada, y obliga a hacerse preguntas sobre cómo otras organizaciones prestan cuidados.

Lecturas recomendadas

"Is Kaiser the future of America Health car?". *New York Times* (31 de octubre del 2004).

McGlyan y otros (2003). "The quality of health care delivered to adults in US". *NEJM* (june 26).

Así, se llevan a cabo programas piloto en el Reino Unido, basados en su filosofía, en áreas como Solihull, Northumbria, Eastern Birmighan.

Programa Minessota Living with Herat failure

La insuficiencia cardíaca, al estilo de la Minessota Living with Herat failure, se adecua al lugar donde se crea, con actividades educativas, autocontrol, accesibilidad, aspectos para resolver estructura, actuación y una valoración coste beneficio. Para ello, es necesario:

- Estratificar población: ya sea por perfiles (reactivamente) o por agrupadores (CRG, preventivamente).
- Planificar y coordinar cuidados y recursos asistenciales con gestión de casos.
- Establecer guías y protocolos.
- Promocionar la educación y el autocuidado.
- SIS adecuados.
- Crear alianzas y recursos asistenciales.
- Alinear los incentivos.

Chronic Disease Self Management Programme (Universidad de Stanford)

El Chronic Disease Self Management Programme, de la Universidad de Stanford, o el The Experts Patient Programme parten de que la condición de enfermo crónico tiene rasgos comunes, independientemente de su enfermedad, tales como facilitar la toma de decisiones, estado de ánimo alterado, problemas en la relación médico-paciente, alteraciones en el entorno familiar y social, falta de adherencia, alteración del umbral del dolor y sufrimiento. El programa utiliza a pacientes crónicos que ayudan a otros pacientes crónicos, o sanitarios, como utiliza el método Flinders en Australia. La Asociación de Veteranos, organización de Estados Unidos que cuenta más de cien centros dedicados a más de siete millones de personas, ya utiliza dispositivos como VCista, donde la HCE tomó forma.

1) El HCST diseña sus funciones centradas en el paciente para lograr continuidad, efectividad, eficiencia y satisfacción. Los pasos que se dieron fueron:

- construir la red,
- coordinación por consenso, no por imposición o por “pasar el trabajo a otro” e
- integración funcional.

Con estas premisas, la Unidad de Agudos Geriátricos ingresa a pacientes mayores de 80 años, con una fractura del 1/3 proximal del fémur, con Barthel menor de 60 y dos ingresos previos. Los agrupa por las características del enfermo (necesidad de cuidados) y no por su enfermedad (fractura de cadera). Su mejoría está en todo lo demás que rodea a la fractura de cadera. Es improbable que no tenga un proceso crónico que requiera una intensidad de cuidados antes y después de repararse, si procede, quirúrgicamente.

2) La Unidad de Cuidados Paliativos tiene guías para tratar el dolor, la disnea y otra sintomatología a través de comisiones interdisciplinarias de área (equipos de soporte y atención primaria). Los niveles de actuación son estratégicos, organizativos y asistenciales. Esa perspectiva obliga a trabajar en equipos interdisciplinarios, con una tipología de pacientes y la búsqueda de alto grado de autonomía de los equipos.

Hospital de Ponferrada (León)

El Hospital de Ponferrada (HPonf) tiene una cartera de servicios para un hospital generalista de menos de 400 camas con una población de referencia cercana a los 150.000 hab. (2014). Un *think tank* de directivos de grandes hospitales españoles, reunidos en torno al proyecto Excelencia asistencial en Medicina Interna, Radiología, etc., recomendaron como *best practice* una herramienta para la evaluación de los objetivos asistenciales de los servicios.

Práctica recomendada

Proyecto Excelencia en gestión sanitaria <http://www.mensor.es/es/noticias.html>.

Lectura recomendada

M. Martínez-Pillado; J. M. Seco; A. Suárez; R. González-Sanjuán; C. Vázquez (2006). “Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible”. *Rev Calidad Asistencial* (núm. 21(1), págs. 13-9).

Este centro recibió dos reconocimientos nacionales:

1) Premio Profesor Barea de la Fundación Signo a la Gestión de un área de conocimiento por un trabajo para reducir la hospitalización inadecuada.

Lecturas recomendadas

M. Martínez Pillado; P. Antón García; J. Arranz y otros (2005). “Efectividad de una intervención para modificar la hospitalización inadecuada” (págs. 107-22). En: Fundación Signo, 3.ª edición Premios Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. <http://www.fundacionsigno.com/archivos/20100917113422.pdf>

Noticia:

<http://www.fundacionsigno.com/noticia-premio.php?id=20100916123432>

2) Premio expansión y empleo a la gestión innovadora en Recursos Humanos (2005). "Solo escuchando podemos mejorar".

Nota

En el enlace pone Pontevedra, como proyecto, pero como experiencia fue realizada en Ponferrada (León).

3) También recibió la recomendación como Best Practice. IV Premio Pfizer a la Innovación y la excelencia en Gestión Sanitaria. "Proyecto eje personas", por el fomento de la autonomía y delegación en los clínicos a través de la creación de la figura del responsable de objetivos.

Para saber más

Resumen de las experiencias citadas

En los momentos de cambio (en realidad, en todos los momentos) hay que acercarse a las personas para gestionar su incertidumbre. Es obligatoria una **visión clara**; qué se espera que ganen las personas con el cambio; **tiene que percibirse la necesidad de cambiar**. ¿Qué se es y qué se quiere ser?; ¿qué distancia hay que salvar?; ¿qué es necesario hacer? El directivo debe liderar un cambio implicando a las personas porque entiende que no se puede lograr un cambio solamente desde la voluntad de una.

Si no tenemos estrategia, una orientación, cualquier cosa se puede considerar importante. Hacia dónde y qué se quiere hacer; todo lo demás responde a esto. Buscar una estrategia ayuda a decidir qué es importante, para quién, qué necesidades se cubren y qué se va a aportar distinto de los demás. En los hospitales hay personas con una alta cualificación y con orientación hacia el servicio de las personas, por lo que reúnen las características ideales para participar en proyectos de mejora y de innovación. No puede quedar todo en un congreso, los pasillos de un hospital o las paredes de un servicio, lo mejor tiene que estar al servicio de los demás y ser reconocido y recompensado. Se necesita estar comprometidos con la organización, conocer qué quiere y qué espera de los profesionales. Necesita una estructura con un liderazgo claro, coherente en sus objetivos, que se preocupa por transmitir sus objetivos, que promociona, que escucha, que tiene compromiso, que entiende a las personas como el mejor activo de la empresa.

En este trabajo se relacionan y documentan todas las actividades realizadas a lo largo de tres años agrupadas de acuerdo con el manual de *Acreditación de organizaciones sanitarias: áreas para la evaluación*, editado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Se ha optado por este modelo por su desarrollo de criterios y manuales de procedimiento.

Lectura recomendada

Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana (2002). *Acreditación de organizaciones sanitarias: áreas para la evaluación*.

1) **Objetivo principal del proyecto:** Evaluar las iniciativas en el área de mejora de la calidad, realizadas a lo largo de tres años en un hospital público de 360 camas.

2) **Palabras clave:** gestión sanitaria, calidad, evaluación.

3) **Resultados. Beneficios específicos y unidades de medida:** El centro pasó en dos años de ocupar los últimos lugares de los hospitales de Castilla y León por cumplimiento de los objetivos de su Plan anual de gestión, a ser en el segundo hospital de forma general y el primero de su categoría, por cumplimiento de las líneas asistenciales, económicas y estratégicas.

Acciones realizadas agrupadas por criterios del modelo EFQM

	Criterio	Código	Anexo	Observaciones	
Agentes/facilitadores	Liderazgo				
	Objetivos comisiones clínicas		1.3.1	Pacto objetivos con las comisiones clínicas	
	Incorporación de tecnología		1.3.1	1	Criterios para valoración de la nueva dotación tecnológica
	Proceso de negociación		1.3.2	2	Fases en la negociación con los profesionales
	Evaluaciones de servicios		1.3.3		Seguimiento de los objetivos pactados
	Ranking de servicios		1.3.3		
	Plan de comunicación	1.4		3-4	
	Medicina exprés	1.4		5	Boletín informativo sobre resultados del centro
	Avance de memoria	1.4		6	Resumen anual sobre resultados del centro
	Solicitar iniciativas	1.4			Vía para canalizar iniciativas de los profesionales
	Comunicación sobre nuevas incorporaciones	1.4			Vía para informar sobre los nuevos profesionales
	Presentación de resultados	1.4			Información de situación a órganos formales
	Programa de mejora de la calidad	5.4		7	Aplicación sectorial del modelo EFQM
	Personas				
Comisión de Evaluación		1.1.3			
Responsable de objetivos		1.1.3			
Felicitación de Navidad	2.2		8		

	Criterio	Código		Anexo	Observaciones
	Etiqueta de permisos	2.3			Ayuda para planificación personal
	Acogida al trabajador		2.5.2	9-10	Al nuevo profesional
	Felicitación de cumpleaños		2.5.2	11	
	Diplomas de reconocimiento	2.10		12-13	Para los mejores servicios por cumplimiento de objetivos
	Becas Fellow	2.10			Premios/becas otorgados por la Comisión de Formación
	Reconocimiento a jubilados	2.10			Acto público de agradecimiento
Política y estrategia					
	Diez años de hospital	2.2		14-15-16	Conmemoración de la inauguración del centro
	Plan de formación	2.6		17	Plan y actividades
	Solicitud de nuevos residentes	2.6		18	
	Código ético	6.1		10	
	Plan de información al paciente	6.3		28-29-30	Facultativo responsable
	Derechos y deberes de los usuarios	6.4			
	Felicitación a la embarazada	6.9		27	Diploma para la embarazada
Alianzas y recursos					
	Congreso de área	1.5			Congreso del área sanitaria para todos
	Presentación de servicios	1.5		19	
Procesos					
	Hospitalización a domicilio	8.6		20-21	Ampliación y coordinación de HADO
	Premio Barea	5.4			Mejora de la hospitalización inadecuada de la hospitalización
	Evaluación de indicaciones	5.4			
	Planificación anual de quirófanos		1.2.2	22	Realizada en el primer trimestre
	Gestión neo pulmón	8.1			Gestión de la sospecha de neo desde AP a AE

	Criterio	Código		Anexo	Observaciones
	Analgesia epidural	7.2			Responsabilidades en este proceso
	Circuitos rápidos de consulta	7.2			Para procesos seleccionados
	Citología en línea	8.1			Continuidad asistencial en la citología
	Triaje de consultas externas	8.2			
	Libro de partos		4.2.2		Unificación SIS
	Partes quirúrgicos		4.2.2		Soporte común para los partes
	Talleres de codificación		4.2.2		Formación horizontal de los clínicos por codificadores
	Informe de alta en línea	8.4			Envío a AP por correo electrónico del informe de alta hospitalario
	Unidad de corta estancia	7.3			
	Acceso a alta urgencias	4.1			
	Captura de actividad de consultas externas	4.1			
	Estación clínica	4.1			Mejora accesibilidad a SIS
Citación desde AP	7.1				
Resultados	Resultados en los clientes				
	Evaluación de altas	4.1		23	Evaluación de estancias medias y número de ingresos
	Encuestas de satisfacción de médicos de AP	10.2		24	
	Encuesta de satisfacción de servicios	10.1		25	Pacto de objetivos para valorar la satisfacción de los pacientes
	Encuesta externa de valoración de usuarios	10.3		26	Evaluación de todas las áreas del centro
	Resultados clave				
	Bonus de productividad	2.7			
Nuevo cuadro de mando	10.4				

En cuanto al premio sobre gestión innovadora en RR. HH., además de incluir las acciones citadas, tuvo que responder a las siguientes evaluaciones.

“En referencia a la candidatura que ha presentado su compañía a la Edición de los premios a la Innovación en RR. HH. de Expansión & Empleo, necesitamos que nos conteste a las siguientes preguntas con el fin de obtener un mayor conocimiento de su proyecto.

El esquema que tienen que seguir es:

- Por qué surge el proyecto.
- Qué fases ha tenido.
- En qué consiste el proyecto.
- Qué indicadores se han recogido para valorar el proyecto.
- Qué tiene de innovador su proyecto.

Por favor, sea breve y concreto en sus explicaciones.

Conteste en este mismo fichero, debajo de cada cuestión.

1) ¿Por qué surgió el proyecto? Es decir, ¿a qué necesidad/es de su organización pretende dar respuesta?

2) ¿Qué fases se han producido en el desarrollo de la experiencia y en qué consistieron? (Desde la generación de la idea hasta su implantación).

3) Señale los rasgos más característicos de su proyecto.

4) De la siguiente lista de beneficios, señale los conseguidos con su experiencia y explique el indicador o instrumento de medida que se ha utilizado para evaluarlo, señalando el valor inicial (previo a la implantación de la experiencia) y el valor recogido tras su implantación, así como la tasa de cambio.

Por ejemplo:

Aspecto	Indicador	Valor antes	Valor después	Tasa de cambio
Disminución de la rotación	Nivel de rotación	5%	1%	4%

Si no tiene ningún indicador de que se haya conseguido el objetivo, no lo señale.

Aspecto	Indicador	Valor antes	Valor después	Tasa de cambio
Ahorro de tiempo				
Ahorro de costes				
Reducción de jornada-flexibilidad horaria				
Disminución de la rotación				
Disminución del absentismo				
Disminución de la subcontratación				
Homogeneizar procedimientos				
Mejora de la identificación desarrollo del talento				

Aspecto	Indicador	Valor antes	Valor después	Tasa de cambio
Mejora de la gestión del conocimiento				
Minimizar la distancia geográfica				
Mejora acceso a la formación				
Mejora de la comunicación				
Mejora de la salud laboral				
Mejora de los procesos				
Mejora de la calidad/servicio				
Mejora de la retribución				
Mejora de los beneficios/ingresos				
Mejora de los resultados				
Mejora del rendimiento				
Aumento de la promoción interna				
Mejora de la gestión de competencias				
Reconocimiento externo				
Conciliación vida laboral-familiar				
Alineamiento con la estrategia de la compañía				
Mejora de la motivación del empleado				
Fidelización de los empleados				
Mejora del trabajo en equipo				
Mejora de la adecuación persona-puesto				
Mejora de la satisfacción del cliente				
Mejora del clima laboral				

5) ¿Por qué considera que su proyecto es merecedor de un premio a la innovación en Recursos Humanos? (Sea concreto y aporte información práctica que lo corrobore).".

Hospital Sant Joan de Déu

El Hospital Sant Joan de Déu ha sido designado como una de las empresas con más futuro en España. En su web podéis encontrar la presentación del gerente, Manel del Castillo.

Web recomendada

http://www.hsjdbcn.org/portal/es/web/informacio_hospital

“En esta web queremos explicaros quiénes somos, cuáles son nuestros objetivos, los proyectos que hacemos y en qué podemos ayudaros. Aquí podéis encontrar toda la información sobre los servicios asistenciales que damos; sobre la docencia y la investigación que hacemos para impulsar las fronteras del conocimiento científico sanitario y también sobre las actividades solidarias y de hospitalidad que nuestro centro impulsa”.

Recibió el reconocimiento Get place to work, otorgado por sus propios trabajadores. Además, se configura como un hospital líquido. De todas sus innovadoras acciones y mejora, el Forum sobre innovación en Enfermería propone un cambio a partir de tres afirmaciones:

Enlaces recomendados

<http://www.flickr.com/photos/hsjdbcn/7189174051/in/photostream>

<http://www.hsjdbcn.org/portal/es/web/foruminnovacionenfermera>

- la sociedad se transforma,
- el paciente ha cambiado y
- las tecnologías revolucionan el día a día.

Hospital Fuenlabrada

El Hospital de Fuenlabrada ha recibido varios reconocimientos por la gestión de sistemas de información relacionados con la toma de decisiones. El Premio a la transparencia se centra en la primera experiencia de desarrollo de resumen del paciente basado en el estándar ISO/CEN 1366, como sistema de integración de la historia clínica entre atención primaria y especializada.

Web recomendada

http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalFuenlabrada/Page/HFLA_home

Actividad

1. Identificad un proceso en vuestra organización o en un hospital de vuestro entorno o seleccionad cualquiera de las experiencias citadas anteriormente o las que se señalan en la bibliografía (área de mejoras de procesos).
2. Resumid en una tabla cada una de las propuestas de mejora. Justificad cada uno de los apartados (objetivo, responsables, recursos, referencia, etc.) que señaléis como área de mejora.
3. Utilizad un diagrama de Gantt para temporalizar su puesta en marcha y evaluación.

Podéis utilizar alguna de las guías y tablas que se han mostrado en el texto, por ejemplo:

Aspecto	Indicador	Valor antes	Valor después	Tasa de cambio
Ahorro de tiempo				
Ahorro de costes				

CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN

CAR:

CONSULTA ALTA RESOLUCIÓN LUMBALGIA MECÁNICA IRRITATIVA (ejemplo)

La priorización objetiva y basada en evidencias o consensos de las consultas externas es un camino que obliga a un trabajo coordinado. Se propone la mejora y creación según proceda de CAR en cáncer colorrectal, pulmón, mama, tiroides, páncreas, riñón. También la lumbalgia mecánica con características irritativas debería de ser incluida en el proceso de CAR por la eficiencia y el coste/efectividad que aporta, tanto a la atención primaria como a los trabajadores en activo.

Objetivo:

80% de pacientes utilizan la CAR en aquellas patologías definidas como tales

Responsable: Comité técnico

Recursos: SIS

Planes de acción: 1. Grupo de trabajo. Evaluación situación. 2. Programa piloto. 3. Evaluación. 4. Plan de desarrollo. Extensión al área.

Indicadores:

Número de pacientes con patología de CAR que utilizan circuito definido/total pacientes con patología de CAR que no utiliza circuito

Importancia: Alta/Media/Baja
Factibilidad: Alta/Media/baja

Inicio: **finalización:** **Periodicidad**
revisión: bisemanal

Observaciones:

Referencias: Consulta rápida mama, Hospital de Leganés.

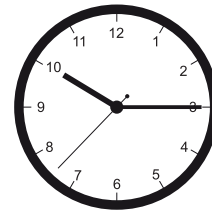
10. Anexo. Método *Quick view* para la toma de decisiones

1) Datos

- Escribid los datos numéricos que presenta el caso.
- Si hay relación entre los datos, agrupadlos y destacad (con un marcador o mediante subrayado) aquel o aquellos datos que consideréis importantes en el abordaje del caso.
- Descubrid algunas relaciones que pueden mostrar los datos.
- Tratad de utilizar medidas sencillas para entender la magnitud que se ha producido.

2) ¿Qué sabemos?

Haced hablar a los datos. A partir de los datos, escribid afirmaciones que se pueden inferir.

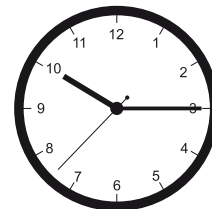


5 minutos

3) ¿Qué no sabemos?

“Una buena pregunta es la mitad de la solución”.

Generalmente, este es el apartado que entraña más problemas. Además, es crítico. Hemos de tener claro qué no sabemos pero podría ser importante para orientar el problema. Para evitar datos innecesarios o informaciones excesivamente meticulosas que puedan distraer, debemos justificar cada solicitud. Construir esa justificación ayuda a repensar peticiones de información, en ocasiones, viscerales o que siendo intuitivas son tan propias que resultan incomprendibles.



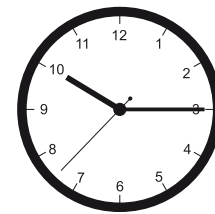
10 minutos

Habitualmente, en este apartado, se debería relativizar el problema. Esto es, un dato o una información tienen mucho más valor si sabemos la referencia, ya sea temporal, ya sea en su entorno. Por ejemplo, si un alumno obtiene la máxima calificación en matemáticas, para poder enmarcar ese resultado, necesitaríamos saber, al menos, datos sobre los resultados de otros compañeros de la clase. Idealmente, sería definitivo obtener más información sobre los resultados de otros alumnos de matemáticas en entornos similares. Para ello, os recomendamos:

- Solicitar en forma de pregunta cualquier dato, información u otros aspectos cualitativos sobre el problema que estéis analizando.
- Las preguntas tienen que ser sencillas de construcción, entendibles por tanto. Formalmente, no deberían utilizarse frases subordinadas.

4) Qué necesitamos saber

Levantad el *scope*



10 minutos

Escribid frases encabezadas por el siguiente texto en función de la prioridad que tiene vuestra solicitud de información. Por ejemplo, ante un dato que consideráis imprescindible “Necesitaríamos saber... para (justificad vuestra petición)”. Ante un dato importante “Sería útil saber... para (justificad vuestra petición)”. Al distinguir entre necesidad y utilidad, estamos realizando una priorización de la información que solicitamos. No es recomendable solicitar datos-informaciones que no sean ni importantes ni imprescindibles. Sencillamente, aquí puede estropearse un estupendo análisis cuando solicitamos información redundante o tan meticulosamente precisa que únicamente sea útil para algo tan fino que obliga a meterse dentro del problema y olvidar ser he-

licóptero, esto es, levantar el *scope* para ver más allá del caso en concreto que estáis evaluando. Al justificar vuestra petición, estáis mostrando vuestra propuesta.

5) ***Bonus track:*** ¿Necesito ayuda?

Bibliografía

- Andre Alabarta, E.** (2007). *Como gestionar una pyme mediante el cuadro de mando*. ESIC Editorial.
- Astier, M. P.; De Val, I.; Gost, J. y otros** (2004). "Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos". *Rev Admin Sanit* (núm. 2, págs. 485-507).
- Ballenato Prieto, G.** (2005). *Trabajo en equipo. Dinámica en la participación de grupos*. Ed. Pirámide. (Trabajar en equipo no es sencillo y este libro intenta ayudar a descubrir qué influye en su éxito).
- Ballvé, A. M.; Debeljuh, P.** (2005). *Misión y valores. La empresa en busca de su sentido*. Editorial Gestión 2000.
- Bisbe, J.; Barrubés, J.** (2002). "El CMI como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias". *Rev Esp Cardiol* (núm. 65 (10), págs. 919-27).
- Bisbe, J.; Barrubés, J.** (2006). "Hacia el cuadro de mando integral por el cuadro de mando posible". *Rev Calidad Asistencial* (núm. 21, págs. 13-9).
- Blanchard, K.** (2006). *Clientemanía*. Editorial Granica. (Recuerda lo obvio en forma de libro. Que hay que cuidar a los clientes, a los que tratan con clientes... porque en ello va la supervivencia de la empresa. Obvio, pero olvidado en ocasiones).
- Blanco Prieto, A.** (2008). *Aprender a Motivar*. Ed. Paidós Ibérica. (La empresa Ríos Textil como ejemplo para conseguir más implicación a través de herramientas como planes de acogida, desarrollo profesional, beneficios sociales, comunicación, etc.).
- Caminal, J.; Rovira, J.; Segura, A.** "Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en Atención Primaria y de los costes adicionales de la no adecuación". *Revista Atención Primaria*.
- Curiel Herrero, J.; Estévez Lucas, J.** (2002). *Manual para la Gestión Sanitaria y la Historia Clínica Hospitalaria*. Ed Edimsa. (El cambio en la gestión a través de la modificación de las áreas de admisión, atención al paciente y calidad).
- Cutler, D. M.; Richardson, E.** (1999). "Your money and your life: the value of health and what affects it". NBER Working paper series. Working Paper 6895. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Fanu, J. L.** (2000). *The rise and fall of modern medicine*. Nueva York: Caroll & Graf Pub.
- Fernández Romero, A.** (2008). *Manual del consultor de dirección*. Ed. Díaz de Santos.
- Goleman, D.; Boyatzis, R.; McKee, A.** *Primal Leadership. Realizing the power of emotional intelligence* (Los líderes resonantes crean más: el poder de la inteligencia emocional).
- González, F. J.** (2008). *Principios y fundamentos de gestión de empresas*. Ed. Pirámide.
- Gibran Olve, N.; Johan Petri, C.; Roy, J.; Poy, S.** (2004). *El cuadro de mando en acción*. Ed. Deusto. (Repaso de experiencias concretas; a veces las expectativas sobre CM no se cumplen).
- Gil, V. y otros** (2004). *La innovación en la gestión hospitalaria: implicaciones y experiencias*. Ed. Periscopihos.
- Heifetz, R. A.** (2004). *Leadership without easy answer*. Ed. Harvard Business School Press.
- Huang, K.-T.; Lee, Y. W.; Wang, R. Y.** (2000). *Calidad de la información y gestión del conocimiento*. Ed. AENOR.
- Jiménez Jiménez, J.** (2000). *Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Conceptos Básicos*. Ed. Merck Sharp & Dohme.
- Kapsto, S.** (2006). *Cuatro retos para un líder*. Ed. RBA Integral.
- Laborda Castillo, L.; Rafael de Zuani, E.** (2005). *Introducción a la gestión empresarial. Fundamentos teóricos y aplicaciones prácticas*. Ed. Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá de Henares.

Lassala Navarré, C. y otros (2006). *Dirección Financiera II. Medios de financiación empresarial*. Ed. Pirámide.

Lencioni, P. (2008). *Señales. Indicios para hacer satisfactorio cualquier trabajo*. Ediciones Urano.

Marcos Barquero, J. D. (2009). *Crisis*. Ed. Furtwagen.

Martínez Pedrós, D.; Milla Gutiérrez, A. (2005). *La elaboración del plan estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral*. Ed. Díaz de Santos. (Es importante definir los objetivos de una empresa, pero no basta con ello. Hay que extender a toda la organización esa estrategia a través de una herramienta como el cuadro de mandos. La alternativa de tener un CMI sin objetivos concretos lleva a artificios académicos.)

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estudio de Evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Monteagudo, J. "Qué es y qué no es la Medicina Basada en Pruebas. La información médica y sus problemas". En: *Medicina Basada en la Evidencia*. www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/11/que_es.htm

Montserrat, D.; Martínez, J. R.; Alonso, M. y otros (2002). "Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios". *Rev Calidad Asistencial* (núm. 17, págs. 93-8).

Muro, I. (2009). *Esta no es mi empresa*. Ed. Ecobook. (Cómo afrontar el desapego de las personas hacia su organización).

Olm, M. (2000). *Diccionario Básico de Gestión*. Ed. Smith Kline Beecham.

Oriol, A. (2003). *Sanidad y tecnología*. Editorial Gestión 2000. (El responsable de confidencialidad y seguridad de la información en The Children's Hospital (Denver). La información como herramienta para la mejora a través de su utilización tecnológica).

Peiro, S. (2001). "Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión". *Rev Calidad Asistencial* (núm. 16, págs. 119-130).

Pérez, F.; Quintana, I.; Abarca Cidón, J. (2001). *Un Modelo de hospital*. Ed. Ars Médica.

Prieto Corcova, M. (2005). *6 Sigma, qué es y cómo aplicarlo a la empresa española*. Editorial AEX. (Una herramienta de gestión que ha permitido el éxito de numerosas organizaciones.)

Sackett, D. L.; Richardson, W. S.; Rosenberg, W.; Haynes, R. B. (1998). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburg: Churchill Livingstone.

Sainz, A.; Martínez, J. R.; García, F. y otros (2004). "Elaboración de un cuadro de mandos para la gestión clínica en un hospital". *Rev Calidad Asistencial* (núm. 19, págs. 5-10).

Saul, N. y otros (2002). "Discrepancies Between Explicit and Implicit Review: Physician and Nurse Assessments of Complications and Quality". *Health Services Research* (vol. 37: 483, abril).

Servent, R. M. (2004). "Diseño e implementación de un cuadro de mando en un Servicio de Cirugía de un Hospital Comarcal". *Todo Hosp* (núm. 205, págs. 168-75).

Todó, A.; Carreté, R. (2008). "El gran horizonte. Cómo aprovechar las oportunidades de un mundo cambiante". Ed. Alienta Editorial. (Un padre cuenta a un hijo como una fábula donde la responsabilidad individual es la forma de alcanzar).

van Beusekom, I.; Tönshoff, S.; de Vries, H.; Spreng, C.; B. Keeler, E. *Possibility or Utopia? Consumer Choice in Health Care: A Literature Review* http://www.rand.org/pubs/technical_reports/2005/RAND_TR105.pdf

Vilar Barrio, J. F. (2006). *Control estadístico de los procesos*. Editorial FC Editorial.

Weingart; Iezzoni (2003). "Looking for Medical Injuries Where the Light Is Bright". *JAMA* (núm. 290, págs. 1917-1919).

Mejora de procesos, ejemplos

Circuitos para diagnóstico rápido (*fast track*) en enfermedades potencialmente graves.

Hospital de Manises: http://www.hospitalmanises.es/circuito_de_diagnostico_rapido_de_cancer.html

Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa: <http://www.immedicohospitalario.es/noticia/3440/un-circuito-rapido-reduce-a-menos-de-un-mes-el-diagnostico-en-cancer-de-mama>.

Programa de detección precoz de cáncer de mama en Navarra: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/ResolucionPremios2009.pdf>

Otros recursos electrónicos

Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud: <http://www.youtube.com/watch?v=amPfQWZC8ds#t=3857>. (Recordad la utilidad de las Guías de Práctica Clínica del sistema nacional de salud con el fin de tener presente la necesidad de la sistematización en la atención a pacientes).

Directorio de procesos asistenciales integrados de Andalucía: <http://www.bvsspa.es/profesionales/revistas-y-libros/recursos/pai-consejeria>. Perfecta sistematización para la gestión de procesos asistenciales. Necesita la adaptación al entorno donde quieran ser aplicadas.

http://www.msd.es/newsroom/noticias-corporativas/np_12-10-02_adherencia_terapeutica.html

<http://www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America/Infographic.aspx>

http://www.ticbiomed.net/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=11&Itemid=47

Want To Improve Health Care? Let Nurses Take the Lead. http://www.huffingtonpost.com/terri-gaffney/want-to-improve-health-ca_b_1796561.html?utm_hp_ref=education

<https://www.kronikoensarea.net/>

<http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts7951r.php>

Definiciones de términos para evaluación de resultados

NCQA: <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/HEDISMeasures/HEDIS2014.aspx> (Incluye los cambios de definición de términos en la evaluación de resultados asistenciales).

Algunos proveedores de sistemas de seguimiento de pacientes

Sistemas de información sanitaria. Ministerio de Sanidad. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>

Foros de sistemas de información sanitaria. MSPP: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/foroSistemaInfoSNS/home.htm>

Otros recursos

Paul Larson, experto en *managed care*. Internista en Princeton.

Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS): <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement.aspx>. Un cuadro de mandos "tipo" de la NCQA.

Avances en gestión clínica: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/>. Sencillamente, imprescindible, donde puedes encontrar las más recientes entradas sobre gestión clínica. Consulta en especial, Hospital Dalily Safety Huddle

