

Gestión de los procesos y gestión clínica. Protocolos clínicos. Medidas de actividad y producción

Modesto Martínez

PID_00148821



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
Objetivos.....	6
1. Gestión basada en funciones frente a gestión por procesos....	7
2. Cambios en la forma de dirigir.....	10
3. ¿Mejoramos de forma gradual o radicalmente?.....	15
4. Etapas para la mejora de los procesos asistenciales.....	18
5. El ciclo del cuidado en la atención a los pacientes.....	22
6. Resultados para valorar el ciclo de cuidado.....	27
7. ¿Cuál es la forma de medir los resultados de las políticas de salud?.....	32
8. Limitaciones de los indicadores de resultados.....	34
9. Limitaciones del conjunto mínimo básico de datos.....	37
10. Las listas de espera y su gestión.....	44
10.1. Las distintas "esperas"	45
11. El riesgo como modulador de la espera.....	47
12. Medidas para gestión de la capacidad.....	50
13. Medidas para gestionar la variabilidad.....	51
14. El modelo organizativo ante los procesos nuevos.....	55
Bibliografía.....	61

Introducción

Hay que organizarse para provocar un cambio; hay que emprender y tener creatividad para romper paradigmas, para ver lo establecido de otra forma, para adoptar perspectivas nuevas o para enfocar lo habitual de una manera original. Hay que aprovechar oportunidades o diferenciarse. Hay que introducir cambios locales ya sea en forma de ideas nuevas o buscando formas nuevas de implantar viejas ideas. Hay que saber resolver problemas de forma creativa y ética. Hay que persuadir a las personas y nada mejor que enfrentarlas con su comportamiento.

La dirección debe ser entendida como la capacidad de anticiparse estratégicamente, promover la automotivación de las personas y gestionar recursos. Es imprescindible inspirar, persuadir, transformar, entusiasmar, escuchar, implicar y cambiar. Hay que tener visión de futuro y coraje, hay que trabajar en equipo y hay que planificar incluso lo imprevisible. Contagiar entusiasmo es maravilloso, llenar de energía es imprescindible. Hay que ilusionar a las personas con entusiasmo.

Orientarse a una gestión por procesos tiene, en primer lugar, unas implicaciones muy importantes para los directivos. Tienen que ponerse al servicio del proceso porque se trata de buscar el valor auténtico para el cliente y no el mando jerárquico. Esos procesos tienen que realizarse en relación con el ciclo del cuidado del paciente.

Se analizarán las limitaciones de las unidades habituales para valorar los resultados de las organizaciones.

Es necesario examinar los valores compartidos (rigor, normas éticas, autoevaluación, responsabilidad, humildad, cooperación, confianza...). Todo debe ser fruto de un proceso de reflexión estratégica colectivo. Según Walshe, los valores que aporta la gestión clínica son:

- calidad como prioridad
- visión global
- programa integral sobre mejora
- responsabilidad social y transparencia

Hay que utilizar esos valores para diseñar procesos asistenciales a través del ciclo del cuidado de los pacientes que hagan clínica la gestión, que demuestren sus resultados con indicadores homologables a organizaciones sanitarias similares y que permitan realizar comparaciones y descubrir oportunidades de mejora.

Objetivos

A la conclusión del módulo, el alumno deberá ser capaz de:

1. Identificar las coaliciones que existen en las organizaciones sanitarias.
2. Señalar las condiciones para promover cambios graduales o radicales.
3. Reconocer las características de las distintas etapas para la mejora de los procesos asistenciales.
4. Identificar las principales herramientas para diseñar procesos asistenciales.
5. Reconocer las limitaciones de las medidas más habituales para medir los resultados de las organizaciones sanitarias, y en especial de los *performance indicators*.
6. Aplicar distintas clasificaciones de resultados de salud para diseñar un camino hacia la gestión clínica de un servicio a partir de las líneas estratégicas de una organización sanitaria.

1. 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 quien ha analizado y distribuido las actividades que se realizarán.

El escenario actual de las empresas de servicios es radicalmente distinto y hace imprescindibles la flexibilidad y el aprovechamiento de la iniciativa. La falta de perspectiva basada en lo tradicional, en lo habitual, en lo de siempre, lastra la iniciativa y la flexibilidad. Los procesos son precisamente los que condicionan el resultado final, ya que aportan valor añadido.

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 a los procesos: visión longitudinal
Los servicios condicionan la ejecución de las actividades	El valor añadido que aportan los procesos condiciona la actividad
Autoridad basada en el jefe	Autonomía
Jerarquía y control	Autocontrol
Orientación al 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. Hay que organizarse a partir de la comprensión y la interrelación del concepto de las actividades que se llevan a cabo en la organización de forma separada aunque no independiente (gestión de las operaciones). La orientación a los procesos clínicos busca sustituir las funciones y el modelo pasa a ser más horizontal y más multidisciplinar, ya que trata de integrar a las

personas por lo que saben hacer y no por sus funciones o posición. Los procesos son una secuencia de actividades para conseguir un servicio con valor para el cliente y forman el corpus del conocimiento de una organización.

Otra definición señala los procesos como "la secuencia de actividades en las que intervienen personas, espacios y medios organizados de forma lógica y planificada para conseguir un resultado deseado". Pueden realizarse de forma continua (por ejemplo, en una cadena de montaje de coches o un laboratorio) o activarse mediante un disparador (por ejemplo, el pedido de un cliente). En ambos casos, los proyectos son únicos y propios de donde se establecen porque el sistema formal del 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 los 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. En el caso de los coches, por ejemplo, compramos uno pero no estamos en la cadena de producción.

En las empresas de servicios, típicamente sanitarias, no hay ningún producto terminado en su balance; el cliente entra en el proceso y en algún momento participa en él de forma activa. Ello implica una 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 si no hay existencias de servicios que permitan disponer de ellos con una calidad aceptable. Además, el propio cliente-paciente-usuario contribuye con su participación a la calidad que queremos alcanzar (por ejemplo, siguiendo el tratamiento pautado).

Ejemplo de un restaurante

Aunque en un restaurante o cualquier otra empresa de servicios la comida fuera perfecta en tiempo, forma y temperatura, si no se acompañara de un servicio de calidad (calidez) no habría ninguna condición hostelera que pudiera suplir al factor humano.

Por tanto, hay que impulsar los procesos-operaciones pero sin descuidar el alma del servicio, que son las emociones (en el sentido más amplio) de las personas. Si a ello le añadimos que no hay clientes iguales (marketing por CRM), entenderemos la necesidad de cambiar de una visión tradicional a una organización en procesos.

Actividad. PEC núm. 1: Cuestionario corto

- ¿En qué quieres mejorar?, ¿en qué no quieres hacerlo a corto plazo?
- ¿Qué necesitas?
- ¿En cuánto tiempo quieres lograr el cambio?

(Con esta PEC queremos que priorices en ti mismo lo que te gustaría mejorar. Es el primer paso para poder gestionar operaciones-procesos.)

Las ventajas de la gestión por procesos, ya expuestas anteriormente, son:

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

Actividad. PEC núm. 2: Websurfing y debate

- Señala la web de tres hospitales que tengan diseñado un proceso para la insuficiencia cardíaca. Identifica las principales diferencias (papel de la atención primaria, enfermería, farmacia, etc.).
- Identifica al menos dos webs que tengan el proceso de gestión de pacientes con pluriopatología. Identifica las principales diferencias (papel de rehabilitación, indicadores, resultados, etc.).

Cuelga las respuestas en el apartado Debate de la web de la asignatura.

2. Cambios en la forma de dirigir

De acuerdo con Glouberman y Mintzber, entorno al paciente se configuran conceptualmente una serie de coaliciones que vienen de la combinación de las relaciones entre los facultativos, la enfermería, los gestores y los propietarios (*trusties*). Una palabra vinculada a cada uno de los grupos permite esquematizar esta perspectiva. Así, la característica genérica y propia de la tarea de los facultativos sería *curar*, la enfermería se vincularía con *cuidar* y a los gestores les correspondería *control*. Así se lograría que los propietarios pudieran mantener los activos de la organización.

- médicos: curar
- enfermería: cuidar
- gestores: control
- propietarios: mantener

Una de las coaliciones "naturales" se daría entre quienes cuidan y quienes tratan de curar. Es una coalición natural próxima al paciente en la que la enfermería ofrece el continuo asistencial y el área médica ofrece la intervención ocasional. Tanto la intermitencia como la labor de continuidad del personal médico y de enfermería conforman una manera de trabajar hacia dentro. Ahora bien, con ese trabajo se busca, especialmente en el área médica, una visibilidad sobre todo fuera de la propia organización por el valor que aporta como prestigio social y profesional. En cambio, el área de cuidados tiene más presente el valor hacia la propia organización.

Los propietarios, ya sean políticos, corporaciones, juntas rectoras o consejos de administración, buscan un beneficio, bien como respuesta social, o bien como remuneración a la inversión realizada, según sea su configuración. Así, la responsabilidad social está más acusada en organizaciones públicas, mientras que la cuenta de resultados es la que determina la supervivencia de las privadas.

Lectura recomendada

Sholom Glouberman;
Henry Mintzberg (2001).
"Managing the care of health
and the cure of disease".
Health Care Manage. Rev (vol.
1, núm. 26, págs. 56-92).

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 no el mando jerárquico. No es la jerarquía quien ordena qué, sino el proceso el que, según su coste o su impacto en el usuario de forma 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, y sobre todo de la microespecialización, ya que personas distintas pueden estar en procesos distintos.

Actividad. PEC núm. 3

La decisión de abrir una caja en un supermercado lo tiene otra cajera, quien también, según la definición del proceso, decide cerrarla.

Trata de fijarte en cómo se realiza y cuándo se inicia y finaliza el proceso. Debes identificar sobre todo qué sucede antes y después del cambio. ¿Qué pasan a hacer aquellos que circunstancialmente acuden a una llamada a su caja?

Describe el proceso e identifica aquello que consideres más importante.

Cuelga tus respuestas en la plataforma.

Ahora bien, el cambio más importante viene por una visión de sistema y por la incorporación de valores no sólo de mejora de procesos. La mera 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?) e identificar cuáles son los objetivos (¿Hacia dónde vamos?). Y también una combinación de planificación (por dónde), organización (cómo), ejecución (qué hacer) y control (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, es una cuestión lógica (a veces). Si no se saben (o lo que es peor, no se quieren saber) las consecuencias de las actuaciones (o en el peor de los casos, se basan en impresiones propias o en resultados de denuncias) es difícil que alguien considere que recibir *feedback*, tanto propio como externo, entra dentro de sus obligaciones. De ahí que haya que preguntarse muchas veces qué sabemos y de qué nos informan con los (costosos) sistemas de información que se diseñan.

Actividad. PEC núm. 4

A la hora de proponer cambios es importante estudiar circuitos y distinguir entre una decisión buena y unos resultados buenos. No es nada extraño, de igual forma que en economía un beneficio no implica haber tomado unas buenas decisiones (ej.: por haber vendido activos de la empresa).

Pon un ejemplo de resultados buenos a partir de una decisión mala. Razona tu respuesta.

Pon un ejemplo de decisión buena y resultados malos. Razona tu respuesta.

Cuelga tu respuesta en la plataforma.

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 un jefe jerárquico (ya vemos la radicalidad de la propuesta), se ocupa de la gestión y de la interrelación con otros procesos ya establecidos. Es la "cara" del proceso y del grupo que está detrás.

La definición del proceso implica realizar una definición funcional, señalar los límites del proceso e identificar a un responsable. Para ello es necesario modificar hábitos y establecer cuáles deben de ser desde la posibilidad y no desde la formalidad.

Debe redefinirse el papel de la enfermería, de los parasanitarios y, obviamente, de los facultativos desde el valor añadido que se aporta y no desde unos roles asumidos que son, en ocasiones, completamente ineficaces (revisiones en consultas externas de pacientes hasta el infinito).

Lo habitual es construir desde lo que se hace (*statu quo*) y no desde lo que se podría llegar a hacer (talento potencial). A esa organización que construye lo que hace sobre lo que es y no sobre lo que debería ser siempre le faltará algo.

Ejemplo de construcción desde lo que se hace

Algunos ejemplos de construcción desde lo que se hace y no desde lo que se podría hacer son las técnicas radiológicas que hasta hace pocos años eran patrimonio de los facultativos, los hospitales en los que otros técnicos también realizan ecocardiogramas y la colaboración que se puede prestar entre servicios para no someter a pacientes a exploraciones que no aportan valor o que sencillamente no están indicadas aunque pueden ser adecuadas. Este último ejemplo es el de los pacientes sin riesgo quirúrgico que son sometidos a consultas preanestésicas ante procesos quirúrgicos menores cuando simplemente con una *check list* de riesgo quirúrgico podrían obviarse esa intensidad de cuidados. Para ello se necesita disponer de información estructurada (no muy difícil de lograr) y, a partir de ella, establecer y evaluar los planes de cuidados y atención.

Cuando se establecen planes sobre lo que se puede hacer y no sobre lo que se carece surgen propuestas como favorecer el autocuidado de los pacientes y gestionar casos o enfermedades. Nada nuevo, en realidad, pero rompedor porque, contra lo que pueda parecer, no es tan frecuente como podría esperarse.

En resumen:

- sistemas de información "clínicos" (además, de administrativos)
- planificar los cuidados y la atención
- trabajar en equipo
- modificar hábitos de los profesionales

- modificar hábitos de los pacientes y sus familias o cuidadores (motivar, capacitar, dar alternativas)
- modificar (para enriquecer) la relación entre los equipos de cuidado del paciente (familia y profesionales)

Actividad. PAC núm. 5

Con esta PAC queremos que utilicéis la sistemática anterior para analizar el proceso que queréis cambiar. Podéis utilizar un ejemplo del trabajo o de la vida diaria.

- ¿Qué estáis intentando cambiar?
- ¿Qué fundamenta que ese cambio es una mejora?
- ¿Cómo reconocemos, o reconocen, que ese cambio es una mejora?

Colgad las respuestas en la plataforma.

Debe existir una relación entre los requisitos de los pacientes y los conocimientos de las personas que los atienden. Parece una obviedad, pero no todos deben saberlo todo en todo momento.

Hay que resolver con brillantez lo habitual y no sólo lo extraordinario. Lo apasionante es ser el mejor en lo que nos pasa habitualmente, y no ser un experto en lo excepcional. 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; hay que crear una cultura de servicio y transparencia en la que las personas se sientan apoyadas, no controladas. Así se genera un sistema de autoayuda, de trabajo y de gestión del conocimiento porque éste se comparte. Sí, otra vez surgirá la broma de "hago ver que trabajo porque tú haces ver que me pagas". Lástima que los pacientes no hagan de enfermos sino que enferman de verdad.

En una organización que le da importancia, el paciente se implica más en la toma de decisiones y quiere saber más de lo suyo. Puede liberarse (disco duro) si dejan de generarse desperdicios y redundancias inoperantes. 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 utilizando unidades de medida extrañas y que no tienen nada que ver con el cliente.

Situación esperpéntica

Un facultativo puede solicitar una consulta sucesiva y, sin embargo, en el servicio de admisión de 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".

Hay que compartir logros, pero también riesgos. Por tanto, hay que invertir tiempo en la comunicación (otro proceso estratégico) para ganarse la confianza de los demás.

Si la planificación figura dentro de lo estratégico, antes de pedirla hay que hacerla y enseñarla.

La comunicación, la planificación, la calidad, etc. no están por estar, sino para ser transversales a toda la organización en su funcionamiento. Para ello deben participar los profesionales implicados y tener como orientación al paciente y la eficiencia (efectividad al mejor precio).

Hay que extraer lo que se quiere saber porque ayuda a definir la capacidad. Si no se conocen los procesos, es difícil que pueda hablarse de dotación de recursos (espacio, tecnología, RR.HH., etc.) y mucho menos de previsiones a corto, medio y largo plazo. Aquellos que tienen algo que decir (*stakeholders*) deben ponerse de acuerdo para prestar la mejor atención posible.

3. ¿Mejoramos de forma gradual o radicalmente?

Una de las etapas del proceso de madurez de la gestión implica dotarse de capacidad de mejora permanente. Pero ¿cómo hay que articular esa mejora? La manera en que se plantee es básica. Necesita de un liderazgo fuerte con personas que escuchen, 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, partir de lo que se hace y madurar con el tiempo asumiendo menos riesgos. La implantación radical de las mejoras, por el contrario, obliga a olvidarse de lo que se hace y propone un rediseño innovador apelando a una amnesia colectiva.

Tiene unos riesgos enormes porque se pedirá la colaboración a personas que participaron en procesos ya consolidados y es precisamente el tiempo transcurrido lo que les 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; si son *ex novo*, tendrán grandes dificultades para cambiar un proceso que no conocen; si esperan demasiado tiempo para el cambio, su falta de respuesta inicial puede entenderse como un refuerzo del proceso que se quiera cambiar. Es muy arriesgado porque a nadie le gusta hacerse el *harakiri*. Además, las reformas radicales deben plantearse precisamente cuando las cosas van bien pero existen indicios de que puede haber cambios.

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

- **Cambio de personas.** Cuando se habla de reestructuración se asocia a "cortar cabezas" o a modificar puestos. Si se hace una tabla rasa por edad puede perderse potencial de conocimiento, en la mayoría de los casos en forma de personas valiosas con experiencia o jóvenes con ilusión.
- **Cambio en la forma de trabajar.** Es el cambio en mayúsculas de la organización. Un cambio de personas manteniendo el mismo ritmo en todo no asegura una mejora puntual de los resultados. La auténtica reestructuración pasa por el cambio en la forma de funcionar. Requiere caminos distintos que resultan difíciles de encontrar desde dentro debido a una mentalidad anclada en lo que se hace. Hay que profundizar en los valores y los procesos.

En momentos de transformación hay que preguntarse cuáles son las **variables críticas**, porque lo demás se irá haciendo sobre el camino (utilizar como lema "ya que lo hacemos, vamos a hacerlo bien todo" resulta demoledor). Es cierto

que las prisas o la falta de planificación suelen ser unas formas de hacer nefastas, pero esperar a que todo esté alineado (hasta los astros) es el otro extremo. También lo es empezar a mover la organización sin preguntarse si ése es el movimiento adecuado o si éstos son los puntos que tienen que tocarse.

Para cambiar las estructuras de una organización hay que cambiar (a veces) los elementos más poderosos (los hábitos y las ideas preconcebidas). La pregunta clave es cómo debe fijarse un objetivo (respecto de un estándar). Hay que comprometerse con promesas reales y realizar los procesos y las operaciones necesarios para conseguir los objetivos que se persiguen.

El enfoque o la segmentación de la empresa obligan a elegir a qué se dice sí y qué se posterga. La estrategia tiene sentido cuando uno se pregunta por aquello que hará que lo que se pretende pueda tener éxito (resultados). Se buscan los **factores críticos de éxito** o una ventaja competitiva.

Para ello pueden utilizarse distintas herramientas como **Hoshin, Sigma 6**, etc. 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. Los líderes de la empresa que tratan de encontrar aquello que está bien deben adoptarlo, potenciarlo y utilizarlo como elemento de cambio y de anticipación.

En tiempos de cambios, o sea, en tiempos de normalidad, ayuda a que haya un norte y que se sepa hacia dónde se va.

Herramientas para la mejora

El modelo de gestión basado en el *lean manufacturing*

Se basa en la filosofía de *Toyota Production System*, que trata de dar valor al cliente. Para descubrir el talento y aprender de los errores con la metodología *Lean* hay que promover la participación de los profesionales en la mejora continua. Esta mejora debe realizarse poco a poco, mil a mil, y no hay que buscar una mejora de un millón. Aunque es posible entrenar la mejora en la relación con los clientes y el hecho de ayudar a las personas a resolver conflictos, sobre todo en servicios donde la atención al cliente toma tanta importancia, para ello se necesita una capacidad de respuesta inmediata. Fujitsu, por ejemplo, tiene un director de Lean que se basa 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).Cuál es la misión de la organización.
- *Systems* (sistemas). Por ejemplo, los sistemas de información.
- *Share* (valor). Los valores de la organización deben ser explícitos, transparentes y conocidos por todos.

Proverbio chino

"Un hombre que se dedica a una tarea que le apasiona no trabaja un solo día de su vida."
Proverbio chino

Ejemplos de factor crítico de éxito y ventaja competitiva

La relación con el paciente y sus familiares en el mundo sanitario es un ejemplo de factor crítico de éxito.
Una organización excelente al servicio de unos factores clave es un ejemplo de ventaja competitiva.

- *Staff* (personal). Qué perfil se necesita.
- *Skills* (destrezas). Deben encontrarse en el centro de todos los demás conceptos.
- *Style* (estilo). Estilo directivo compatible con la estrategia
- *Structure* (estructura). Si se cambia de estrategia, se cambia de estructura, y viceversa.

El análisis de las 5 fuerzas: una técnica para crear y mantener una organización.

Análisis sectorial:

- Hay que identificar la fuerza más significativa.
- La comprensión profunda del sector debe de 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 un cierto margen de actuación para determinar su propio destino.
- Las empresas pueden erosionar la estructura del sector en el que se encuentran. (Ej.: las supercuentas hipotecarias del BSCH.)

4. Etapas para la mejora de los procesos asistenciales

A continuación se detallan las etapas para la mejora de los procesos asistenciales.

1) En primer lugar, debe definirse hacia dónde se quiere ir y después tomar las decisiones. Debe ser una misma cadena.

Para saber cómo, hay que salir del entorno (debe conocerse el marco y debe saberse dónde se opera y 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. Para no llevarse a equívocos hay que diagnosticar el entorno y la madurez organizativa, hay que entender las claves locales y cómo cristalizan las distintas políticas, hay que entender el modelo sanitario y la sociedad, hay que saber dónde están los puntos fuertes y las flaquezas...

Ahora bien, cuanto más se sepa, más preocupación y más sufrimiento personal habrá por parte del directivo, porque ello le obligará a desafíos personales para intentar cambiar las cosas. Conocer el marco en el que nos movemos lleva a evitar victimismos. También hay que evitar que de tanto ver el entorno no se termine con la idea de hacer lo que hace el entorno sin aportar nada nuevo ("**capitalismo de karaoke**", según Ridderstrale y Nordstrom). Pero hay que estar atentos, ya que de tanto mirar afuera puede ser que nos olvidemos del interior, del talento de las personas (gestión del conocimiento, competencias), de la mejora de la organización, del literal, de cómo se gobierna (clima laboral, recompensas, retos desafiantes, comunicación, desarrollo de confianza) y 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 están los intereses y dónde están las incertidumbres.

Al pensar en términos de servicio, de **microambiente** y 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. Un resultado es global o no es un resultado; se han cumplido los pasos y logrado los objetivos, o bien ninguno ha logrado el resultado. Hay que pasar de "la culpa es de..." a "la responsabilidad es nuestra". El interés por todo lo que le suceda al paciente es un cambio radical, porque habla de objetivos compartidos. Debe percibirse que esa relación nos sirve para dar lo mejor de nosotros. Cada vez que hablamos con alguien, esta persona debe sentir que esa relación vale para algo. Esto, por otra parte, no es más que la vida misma.

- "¿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..."

Las redes se construyen así, porque la forma de hacer 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 directa de flotación del barco en el que vamos todos. Es necesario un cierto desapego de lo propio, una renuncia al sentido de propiedad y al 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; una seducción sincera porque en las seducciones se descubre rápidamente quien va de farol y con (im)postura.

Es importante saber qué se dice de verdad y qué se dice que se quiere, tanto hacia arriba como hacia abajo. El poder debe descentralizarse a través de un nuevo ambiente que lleve a una responsabilidad de adaptación por parte del que da y del que recibe ese poder. La mejora vendrá por la redistribución del trabajo y la reasignación de las tareas.

3) Una vez ubicada y conocida la realidad, hay que **transformar creativamente**. La formulación de la estrategia debe llevarnos a ver cuál es la misión importante para ponernos a todos "en línea". Obviamente, no se trata de poner a nadie en la "línea" (ni de 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 interno, 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 o de la organización. Seguramente, al igual que en una enfermedad, se identifican dos o tres de esas "obviedades" que ayudan a saber por dónde nos movemos.

Ejemplo de calidad de la relación

Un ejemplo en el que la calidad de la relación condiciona el resultado es en el establecimiento de tiempos para sospechas diagnósticas neoplásicas; la tendencia natural es ocuparse "sólo de lo mío".

El caso de Google

Google tiene centenares de equipos con proyectos en marcha, que también tienen fracasos. No se necesitan crisis para cambiar, sino que el cambio tiene que plantearse ya a corto plazo.

4) Tras este "mantra misionero" (nivel macro) llegan los objetivos (nivel micro), que son concretos, medibles y limitados en el tiempo y van asociados a unos planes de acción (decisiones) para alcanzarlos mediante una gestión de los recursos.

No existe un único camino, sino que existen distintas formas de llegar al mismo sitio. Hay muchas maneras de alcanzar el objetivo, igual que hay muchas de perder el tiempo, y no pocas tienen un alto grado de desperdicio, ya que no contribuyen en nada a lo importante (todo aquello que no aporta valor a lo que hacemos).

Hay que liberar mucho disco duro (fotografías, archivos y carpetas antiguas y 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 un nivel correcto de anticoagulación, el tanto por ciento de errores en la medicación (ambos 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 (es decir, capacidad) ocupado implica que a poco que se liberen unos megas ya habrá mucha capacidad y calidad habilitada para otras cosas.

Y ni hablar de *accountability*. Los indicadores como los fármacos que no aportan ningún valor terapéutico adicional (pero si más gasto, y por tanto son ineficientes) o las intervenciones quirúrgicas con una capacidad restauradora escasa también son resultados (¿En qué porcentaje existen en las organizaciones?).

Es más fácil, sin embargo, pensar en costes: se reduce por aquí y por allá y 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 núcleo, de lo que se hace, y esto no se reserva para profesionales, o mejor, sólo para unos profesionales, sino para todos los profesionales (clínicos y gestores). ¿Dónde están los pacientes que no acuden, que han dejado de confiar en nosotros o que sencillamente no se han enterado del cambio de fecha de la consulta?, ¿cómo sabemos que lo que hacemos, como organización y 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 lo que nos 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 es una de las causas de la existencia de la organización, todo lo demás (objetivos, planes de acción...) deberán tener un marchamo de calidad incluido. También la gestión deberá tener calidad.

Es necesaria, por tanto, una reestructuración de los incentivos, de los perfiles, de la formación y de la forma de trabajar para que los resultados y productos de nuestra atención a los pacientes y a sus familias sea un reflejo correcto de lo que sucede en nuestra organización.

5. El ciclo del cuidado en la atención a los pacientes

En una gestión orientada a resultados deben gestionarse los procesos asistenciales (operativos) y los no asistenciales (estratégicos y de apoyo), siguiendo la asistencia integral y continuada (**el ciclo de cuidado del paciente**), con los servicios y productos que genera y el tipo de actividades con sus responsables y en el momento más oportuno.

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 procesos (de los que se nutren los indicadores). Exigen una implicación de la dirección en toda su extensión. Deben utilizar lo bueno que tiene la organización para lograr resultados. No son una declaración de intenciones para guardar en el cajón, sino que ante una necesidad de priorización ayudan y obligan a tomar decisiones.

Un proceso estratégico lo es por la repercusión que tiene en el usuario final. Por ello, cuando se realiza un seguimiento de los resultados hay que evitar medias cortoplacistas (pedir actividad simplemente, ya sea el número de consultas, el rendimiento quirúrgico, etc.). Si la organización se ha orientado hacia la calidad total, tienen que primar esa calidad y su medición en la confianza de que esa orientación estratégica traerá los mejores resultados.

Ejemplo de desarrollo de procesos siguiendo el ciclo de cuidado de pacientes

	Asistenciales	Apoyo al diagnóstico	Mantenimiento infraestructura	Restauración	Mantenimiento de equipos	Gestión de la competencia
Misión	Curar la enfermedad, frenar su progreso, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes.	Suministrar en tiempo, forma y contenido la información demandada por el sanitario.	Proporcionar espacio y equipamientos adecuados para el desarrollo normal de las diferentes actividades que se realizan en el centro.	Atender las necesidades alimenticias con las limitaciones establecidas.	Garantizar el correcto funcionamiento de los equipos y el aparataje médico.	Aportar personal competente a los procesos de la organización.
Comienzo	Llegada o llamada del paciente.	Petición del médico.	Necesidades de mantenimiento y reparación (planificadas o no).	Menús aprobados y dietas.	Necesidades de mantenimiento (planificadas o no).	Identificación de las necesidades en cuanto a competencia.

Fuente: Det Norske Veritas

	Asistenciales	Apoyo al diagnóstico	Mantenimiento infraestructura	Restauración	Mantenimiento de equipos	Gestión de la competencia
Fin	Alta del paciente.	Entrega de la información al médico.	Infraestructura en correcto estado de uso a disposición de profesionales, pacientes y familiares.	Administración de los alimentos.	Equipos funcionando correctamente.	Personal competente en el desarrollo de sus tareas.

Fuente: Det Norske Veritas

Cuando no hay diseños "limpios", o que como mínimo se hayan mandado al tinte en alguna ocasión, para extraer lo importante que tienen, entonces no llegan recursos. ¿Cómo se identifican aquellos que son claves? Hay técnicas de gestión (*just in time, total quality management, CRM, evaluación del desempeño, gestión por competencias, feedback 360, reingeniería de procesos, BSC, 6 Sigma, etc.*) que nos pueden ayudar.

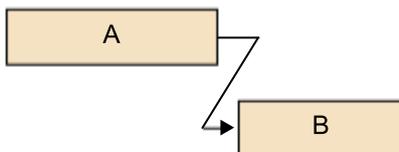
Sin embargo, es suficiente con seguir el ciclo de la atención en el servicio para comprobar aquellos procesos que si no existieran privarían de sentido a otros. Por tanto, ¿qué tipo de procesos se refuerzan y cuáles se priorizan?, ¿cómo están documentados? Si los procesos de apoyo están al mismo nivel que los fundamentales, ¿qué jerarquías se establecen entre ellos? Hay que ver siempre los resultados de nuestras propuestas, ya sea de forma preventiva (a la entrada), durante el proceso (mientras se hace) o a través de los resultados (a la salida del proceso).

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, ya que al diagramar tiempos de proceso, tiempos de ciclo (que son lo mismo que la capacidad, salvo que ésta se mide en tiempo por unidad y los tiempos de ciclo en unidades de tiempo) y la tabla de recursos se facilita una visión de conjunto de todo el proceso.

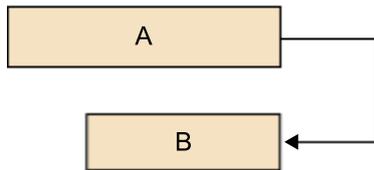
Diagrama de Gantt

El diagrama de Gantt permite visualizar el flujo y las dependencias de las tareas. En el eje vertical se señalan las tareas y en el horizontal se sitúa el tiempo. Cada rectángulo indica una tarea y su longitud es su duración.

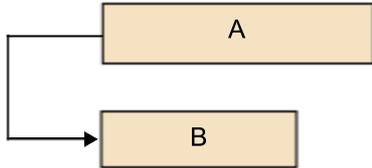
Las tareas final-inicio se representan alineando el final del bloque de la tarea predecesora con el inicio del bloque de la tarea dependiente.



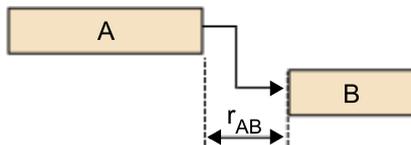
Las dependencias final-final se representan alineando los finales de los bloques de las tareas predecesora y dependiente.



Las dependencias inicio-inicio se representan alineando los inicios de los bloques de las tareas predecesora y dependiente.



Los retardos se representan desplazando la tarea dependiente hacia la derecha en el caso de retardos positivos y hacia la izquierda en el caso de retardos negativos.



La teoría de las limitaciones, explicada en forma de novela en el libro *La Meta* de Eliyahu Gloldratt, se basa en el principio *Drum, Buffer, Rope* (DBR). El ritmo (*Drum*) de producción lo marcan los cuellos de botella identificados. Según se pretenda forzar un cuello de botella, se decide cuánto antes debe llegarse a su procesamiento; éste sería el *buffer* de tiempo (la espera), que se suma a la cuerda (*Rope*) que se lanza hasta el final desde el inicio del proceso.

Para mejorar ese cuello de botella pueden tomarse medidas como mejorar la eficiencia global, evitar que lleguen al cuello de botella artículos que no deben llegar a él (p. ej., consultas externas 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. Hay que valorar si pueden redistribuirse los recursos, especialmente los humanos, para mejorar el cuello de botella (p. ej. en la calidad de la atención).
- elevar o aumentar la capacidad.

La ley de Little relaciona el número de unidades en el mecanismo con el tiempo en el que son atendidas para obtener el tiempo de flujo.

Todo proceso tiene su pulso natural, por lo que hay que definir a qué nivel de detalle queremos llegar. Puede plantearse mejorar el proceso en el **tiempo de flujo** (desde que una unidad entra hasta que sale), o en el **tiempo de ciclo** (cómo llega al final de ese tubo).

Ejemplo de tiempo de ciclo

Un ejemplo del concepto de tiempo de ciclo puede ser el de un paciente que acude a urgencias, entra, permanece y sale del servicio. En un momento dado, podemos saber cuánto tiempo ha tardado en salir y, de igual forma, cuántos pacientes están siendo atendidos en ese 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, con un pequeño diagrama de flujo identificamos dónde está ese cuello de botella que puede limitar el proceso.

Se trata de maximizar el cuello de botella, ya sea evitando tiempos muertos, mejorando su capacidad u optimizando su funcionamiento. Teniendo presente ese ciclo del cuidado del paciente en urgencias, ello 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. Hay que estudiarlo según parámetros validados, y no sólo según el tiempo de llegada o la capacidad de protesta del cliente.

Ley de Little

Según 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. La estancia media en un hospital, por ejemplo, refleja la relación entre las entradas de pacientes, sus salidas y la ocupación que tiene el hospital.

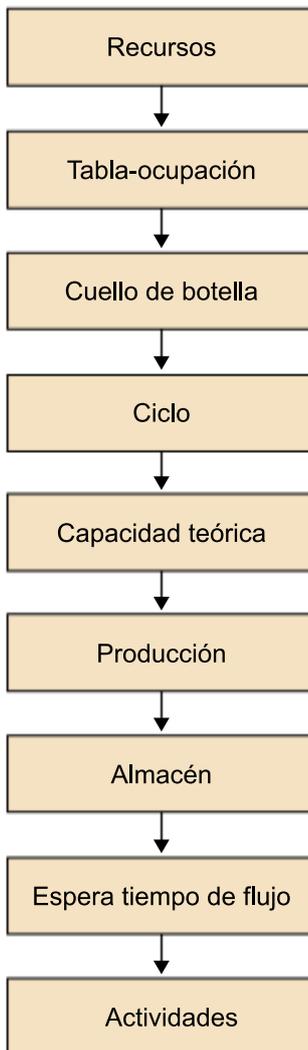
Identificación del cuello de botella

En el caso de urgencias, el cuello de botella puede darse en el traslado de los pacientes o en las pruebas radiológicas.

Ejemplo de capacidad de los recursos

Algunos ejemplos de capacidad de los recursos son el tiempo mínimo necesario para el triaje, para una consulta facultativa o para pruebas radiológicas o de laboratorio.

Cadena del ciclo de cuidado
para identificar el cuello de
botella



6. Resultados para valorar el ciclo de cuidado

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, es ajustar la respuesta del sistema a las necesidades del individuo o población; la indicación, dar el servicio adecuado a quien lo necesita, se estudia mediante la variabilidad de la práctica médica.

Cita

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



Proyecto Atlas VPM (<http://www.atlasvpm.org>)

La calidad técnica es el cumplimiento técnico, el mejor estándar; hacer buena medicina y buena práctica profesional de acuerdo con los mejores conocimientos disponibles 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 resulta que es absolutamente innecesaria? La eficiencia nos habla del coste, pero si es absolutamente innecesaria implica una intervención no indicada, implica una falta de adecuación. Una demora en la atención o una prolongación indebida de la estancia suponen también una merma de la calidad; prescribir un fármaco eficaz en situaciones en las que no es efectivo, incluso si el paciente queda plenamente satisfecho, es mala calidad.

Según el Instituto de Medicina (IOM), los problemas de calidad vendrían dados, entre otros, por:

- La sobreutilización. Un uso excesivo de los servicios sanitarios.
- La subutilización. Prestar servicios insuficientes en cantidad.
- La mala utilización. Usar procedimientos técnicamente incorrectos.

Ejemplos de problemas de calidad

Algunos ejemplos de problemas de calidad son:

- El 30% de los niños reciben antibióticos en exceso para las otitis.
- Entre el 20% y el 50% de las radiologías en pacientes con dolor de espalda no son necesarias porque no aportan ningún dato útil para el seguimiento del proceso.
- El 50% de las personas en situación de riesgo no reciben vacunación neumocócica.
- El 50% de las víctimas de ataques cardíacos no reciben beta bloqueantes.
- El 7% de los pacientes hospitalizados sufren un error en la medicación.
- La falta de seguridad causa en Estados Unidos entre 44.000 y 98.000 fallecimientos anuales por razones iatrogénicas.

Para comparar la calidad de la atención sanitaria (en nuestro ejemplo, los procesos diseñados para el ciclo del cuidado del paciente) hay que 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 es necesario definir cuáles son los resultados de las organizaciones que se quieren comparar. No obstante, debe admitirse que cualquier unidad de medida que se utilice para medir los resultados de un centro de salud, un hospital, o simplemente profesionales necesita ser matizada. Un indicador no podrá, por si solo, dar una impresión exacta y sin sesgos.

Consumo de combustible

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 damos veracidad a los incrementos de consumo que se producen con determinadas maniobras. Cuando se circula a altas velocidades marca un consumo superior que si la velocidad de circulación fuera la recomendada por el fabricante.

La cantidad que nos muestra la pantalla es una referencia y nos vale para saber que ciertas maniobras provocan un incremento del consumo mientras que otras, en cambio, provocan una reducción de éste. Podemos ver, por ejemplo, que a un rendimiento bajo el coche presenta unas cifras de consumo altas 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 una aceleración brusca, es muy probable que seamos conscientes de ese mayor consumo respecto a otras situaciones que consideramos habituales.

Cita

"Pocos ven lo que somos, pero todos ven lo que aparentamos."

Maquiavelo

En la interpretación de los resultados de una atención sanitaria, ya sea de profesionales o de organizaciones, el indicador puede ser más o menos sensible, o incluso puede no ser tan exacto como se pretende, pero no es menos cierto que quizás su variación indique que algo puede no estar sucediendo como se espera.

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 es la posible explotación de complicaciones que permite el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Es posible que las cifras que resulten no se consideren un reflejo exacto de lo que está sucediendo. Pero hay 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 sí servirá para detectar variaciones. Ahora bien, ya puede darse 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 debe delimitar aquello que quieren decir y no dicen. Así, un criterio de accesibilidad, y por tanto de calidad, es el tiempo que se pasa en la lista de espera quirúrgica. Pero que sea excelente, según la gradación que se haya realizado, nada dice acerca del tiempo de latencia para diagnosticar y tratar enfermedades neoplásicas, o nada dice acerca del número de consultas externas que hubo que realizar o acerca de las pruebas diagnósticas llevadas a cabo 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, la tasa de mortalidad o simplemente los reingresos o las reatenciones en urgencias.

El tipo de pacientes atendidos entre los hospitales y los centros de salud puede ser distinto por su complejidad.

Los GRD (y otras herramientas) ayudarán a agrupar a esos pacientes, pero tienen una visión no clínica. Incluso el mismo diagnóstico principal puede no tener el ajuste fino suficiente para su vinculación a la actuación del propio centro. Es necesario identificar, o como mínimo tener en cuenta, la diferencia entre comorbilidad, y las complicaciones.

Ejemplos de visión no clínica, comorbilidad y complicaciones

A continuación exponemos los siguientes ejemplos de:

Interpretación de los resultados de una atención sanitaria

Un ejemplo de interpretación de los resultados de una atención sanitaria es que el porcentaje de apendicitis flemosas sea mayor en un área o zona concreta o para un profesional determinado y que ello se interprete como sintomático de un retardo en el tratamiento. Ante una fiebre de 40 grados, nadie podría diagnosticar una meningitis o una neumonía. Necesitaría más datos y una clínica compatible, junto con unas pruebas diagnósticas añadidas que permitieran reducir las posibilidades a una neumonía o una meningitis.

Ejemplo de agrupación de pacientes

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.

- Visión no clínica. La gravedad clínica de una carcinomatosis peritoneal es evidente, pero no necesariamente se asocia a un consumo de recursos.
- Comorbilidad. La diabetes mellitus en un broncópata.
- Complicaciones. Una infección nosocomial de ese paciente broncópata y con diabetes mellitus.

Y aún más, en el caso de aquella comorbilidad, complicada por una infección nosocomial, ni los GRD ni el CMBD nos informan del nivel de gravedad, entendido como factor que contribuye a un pronóstico peor.

Por tanto, no es fácil comparar sino se identifican estas características. Además, para calcular la calidad de un hospital o de una organización hay que realizar ajustes según las variables propias de su entorno, para así no convertir factores que afectan a la efectividad en fortalezas o debilidades.

Ejemplo de CMBD

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.

Ejemplos de ajustes de variables del entorno

La disponibilidad de transporte sanitario urgente está relacionada con la posibilidad de realizar fibrinólisis, o bien la mortalidad de pacientes terminales en centros hospitalarios estará vinculada a la disponibilidad de centros sanitarios destinados a su cuidado.

A pesar de complicaciones, comorbilidades, diferencias de patologías, etc., pueden y deben compararse organizaciones, centros e incluso profesionales para conocer al menos 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 la que se va a tratar.

Deben especificarse claramente las dimensiones que se quieren valorar:

- Efectividad. Grado en que se alcanzan los mejores resultados.
- Seguridad. Tasas de complicaciones CMA.
- Calidad técnica. Ajustar a estándares.
- Adecuación.
- Continuidad de la atención y la cooperación.
- Relevancia.
- Accesibilidad. Tasa de espera en pruebas diagnósticas.

Ejemplos de dimensiones que deben valorarse

Algunos ejemplos de dimensiones son:

- Efectividad. Tasa de muertes a los treinta días del ingreso urgente.
- Seguridad. Reingresos a los siete días del alta.
- Calidad técnica. Tasa de profilaxis troboembólica en fractura de cadera o tasa de profilaxis antibiótica.
- Adecuación. Tasa de parto vaginal tras cesárea previa o tasa de radiología de tórax preoperatorio.
- Continuidad de la atención y la cooperación. Tasa planificada al alta o tanto por ciento de alta al médico de atención primaria.
- Relevancia. La no observancia o el nivel bajo pueden tener consecuencias para el paciente, tales como el porcentaje de diabetes mellitus con niveles adecuados de he-

moglobina glicada (el buen nivel de la glicemia, TA, lípidos, etc. se asocia a unas complicaciones menores), la cobertura del cribado de cáncer de mama o la tasa de embarazos en menores de 16 años (vinculada a políticas de salud pública).

- Accesibilidad. Tiempo de latencia entre el cribado y la cirugía.

Los 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 pueden evaluarse complicaciones (las infecciones nosocomiales, los sucesos adversos, etc.).

Desde una visión más micro, puede compararse la situación de parámetros. Con un sentido más social, pueden utilizarse escalas como la de Barthel para validar la capacidad psicosocial o sencillamente indicadores de satisfacción o consumo de recursos o de costes de la atención.

Ejemplo de comparación de la situación de parámetros

Podemos comparar el nivel de glucemia en pacientes con DM o el nivel de tensión arterial en un paciente con HTA.

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

La esperanza de vida se basa en: cuanto más vivan las personas, por término medio, habrá que deducir que se debe a un sistema sanitario mejor (cuando el dato mejora año a año, se liga habitualmente a ello) y a que todas las políticas van por el buen camino. Visto así, la deducción es muy fácil: más vida es mejor. Pero no todos los años de vida son iguales, y no sólo por una cuestión obvia, sino también porque un año con una buena salud se valora más que un año con alguna enfermedad o con limitaciones físicas.

Otra obviedad que obliga a repasar la esperanza de vida como resultado es que la vida está para ser vivida con una calidad suficiente para ser disfrutada. Vivir en sí mismo no es el objetivo, sino todo aquello que nos aporta, que además es cambiante según la etapa en que nos encontremos.

Y más aún, la vida con calidad nos permite mejoras en otros aspectos de nuestra propia existencia (típicamente, la mejora de nuestra renta disponible) por el hecho de poder disfrutar con salud. De ahí surgen las medidas por años de vida ajustados por calidad, AVAC o QALY (ya vistas en otros apartados), que tienen en cuenta la morbilidad y la mortalidad de los individuos.

De acuerdo con W. D. Nordhaus, las mejoras de la salud son una inversión, son como un aumento de capital o de los activos de las personas. Por tanto, sólo 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 ni tan siquiera interesa que se produzcan, como los servicios de urgencias. No puede utilizarse la misma unidad de medida para valorar la productividad en todas las áreas. Puede utilizarse el tiempo medio por unidad de producto (estancia media), el tiempo ocupado de los recursos (tanto por ciento de ocupación), el número productos por recurso (índice de rotación, número de intervenciones por sesión quirúrgica), el tiempo medio de desocupación del recurso por unidad de producto (intervalo de sustitución) o la relación entre productos (el porcentaje de producción inadecuada [reprótesis]). Las mediciones se aplican a diversas áreas como la hospitalización, las consultas externas, las urgencias, los servicios centrales o el personal. Pueden medirse desde los productos más simples (ingresos, estancias, visitas, etc.) hasta los más complejos (procesos [demora en la asistencia], GRD, etc.).

Ahora bien, todas estas mediciones no son más que indicadores de procesos, de productos intermedios o de otras cosas que no dan respuesta a lo importante, que es la repercusión que tienen sobre la salud de la población. Se trata

Lectura recomendada

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

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. Todo ello se ha planificado, entre otros, en un Plan de salud seguramente muy publicitado y lujosamente encuadernado, pero escasamente gastado en sus páginas.

8. Limitaciones de los indicadores de resultados

Los *performance indicators* tienen, no obstante, una serie de limitaciones:

- Definición del producto. Aquello que se considera resultado de la actividad asistencial condiciona la medida. No es equivalente el número de intervenciones quirúrgicas que los reingresos. Detrás del producto debe existir una estrategia. Optar por medir la actividad y hacerla equivalente a resultados es muy distinto de considerar que los resultados son, por ejemplo, la mejora de la calidad de vida que aportan esas intervenciones.
- Especificación. Las demoras medias orientan al proceso mediante la medida de productos intermedios y medibles, pero que no implican resultados.
- Las unidades que se utilicen deben permitir la comparabilidad en el tiempo y en las mismas unidades (p. ej., la definición de reingreso).
- Deben valorarse muchos más productos que los puramente asistenciales. Por ejemplo, la actividad docente e investigadora.
- La definición del recurso utilizado para conseguir el resultado debe ser equivalente en el tiempo a los recursos polivalentes, con una definición de la unidad de recursos. Valorar sólo 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.

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

- la supervivencia en procesos neoplásicos
- la mortalidad intrahospitalaria
- los reingresos

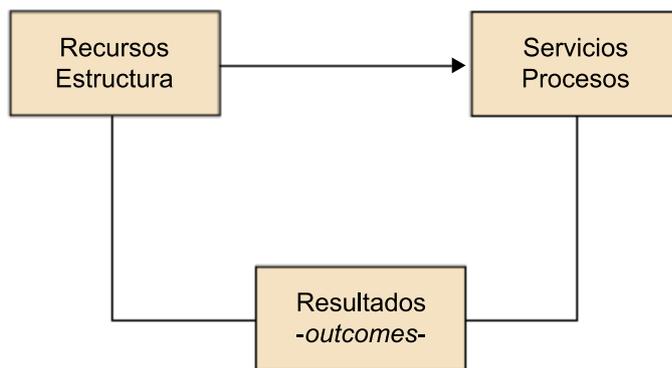
Se estudian sucesos adversos tales como:

- las infecciones nosocomiales (prevalencia habitualmente alrededor de 9%)
- las infecciones por catéter en tanto por mil días de cateterización
- las incidencias de neumonías por intubación
- la bacteriemia fuera de la UCI en tanto por mil estancias hospitalarias
- la prevalencia de tratamientos antibióticos en el centro
- las sondas de circuito cerrado
- las infecciones por cirugía protésica programada

- la patología iatrógena (las complicaciones más frecuentes son úlceras y caídas)
- la estabilidad de parámetros fisiológicos como la mejora en signos clínicos o bioquímicos (p. ej., la escala APACHE en UCI)

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

Esquema



Ahora bien, los resultados no dependen sólo 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 es la probabilidad o el riesgo previo de cada paciente antes de ser tratado. Es un concepto distinto según si el punto de vista que se adopte es clínico o técnico. Si se controla cada factor respecto a su resultado, entonces pueden realizarse comparaciones. Los factores de gravedad no son todos lineales. A más **edad**, más riesgo de muerte, pero ¿es equivalente a un mayor incremento de los costes?

Ejemplo de factor de gravedad

Los GRD cortan a los setenta años, y a los noventa 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 para la fractura de cadera (mujeres) o la rodilla (hombres), pero ya comienzan a publicarse estudios de género por intensidad diagnóstica, como por ejemplo en el caso del *by pass*.

Otro factor a tener en cuenta a la hora de valorar los resultados es el **diagnóstico principal**. No todos los diagnósticos son iguales, baste pensar en las clasificaciones de estadiaje de los tumores. La **comorbilidad** es aquella patología que no tiene relación con el diagnóstico principal (metástasis es gravedad, no comorbilidad, pero una ACV y una fractura de cadera son comorbilidades; sepsis es gravedad del diagnóstico principal).

Las **complicaciones** se refieren a procesos dentro del hospital. También son importantes la estabilidad clínica, el estado funcional o la calidad de vida, que son predictores independientes de otras complicaciones.

A la hora de valorar resultados hay que tener todos estos factores en cuenta, ya que pueden utilizarse en un ajuste para valorar la calidad de vida previa. Se necesitan sistemas de ajuste de riesgo más finos, aunque ya existen algunos.

Ejemplos de sistemas de ajuste de riesgo

Algunos sistemas de ajuste de riesgos son la prueba de Apgar en los recién nacidos, la escala de Glasgow en coma, el riesgo anestésico mediante la escala ASA o la escala APACHE III en UCI para medir la gravedad y el pronóstico.

9. Limitaciones del conjunto mínimo básico de datos

El **conjunto mínimo básico de datos (CMBD)** tiene unas limitaciones importantes, pero presenta una gran ventaja, que es que existe prácticamente en todos los hospitales. Sus limitaciones serían su existencia solamente en hospitales, el hecho de no ser una herramienta adecuada para ajustar riesgos y que la calidad de codificación no está validada (algo nada extraño en medicina, donde no se valida necesariamente a aquellos que realizan informes para llegar a un diagnóstico). Incluso las reglas que se utilizan para realizar la codificación (no se puede interpretar ni considerar como confirmado un diagnóstico en caso de que haya alguna sospecha) 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 (en este caso debería preguntar al clínico).

Por el contrario, la sospecha de un diagnóstico como la trombosis cerebral se considera real a pesar de que puedan existir *a posteriori* exploraciones que no lo confirmen.

El CMBD es una herramienta clínica y epidemiológica orientada también a relacionar procesos agudos. Por ello, la limitación de diagnósticos secundarios que pueden encontrarse en la construcción de algunos CMBD podría limitar la caracterización de los pacientes con enfermedades crónicas, con sus comorbilidades y complicaciones asociadas.

También el CMBD no permite puede llevar a paradoja 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, ya que infraestiman el riesgo para los casos de alto riesgo y lo sobreestiman en los de bajo riesgo.

De igual forma, aquellos que utilicen esta información para una mejora de la calidad que prestan podrán estar más orientados a recoger las complicaciones de fármacos, de tratamiento, etc. para disponer de datos fidedignos para identificar áreas de mejora.

Actividad. PEC núm. 6: Caso corto

Entorno: Gran hospital docente con más de ochocientas camas y con una cartera de servicios con prácticamente todas las especialidades.

Lectura recomendada

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

Lectura recomendada

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

La situación: Jacinto Aguado lleva veinte años en el hospital, o como él prefiere, en "su hospital". Desde hace cinco años es el coordinador del servicio de Digestivo. Hace menos de cinco meses se ha incorporado el jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva. Desde su llegada, Fernando Maciero tiene absolutamente claro que quiere un instituto de enfermedades digestivas conjuntamente con el Servicio de Digestivo y está convencido de ello. Permitirá una mejor atención y aumentar la cartera de servicios de ambos servicios, "por supuesto", como le gusta referirse al proyecto. El doctor Maciedo se ha presentado a todos los jefes de servicio, se ha entrevistado con todos sus compañeros en el servicio, y, tras estos cinco meses, se reafirma en su idea: "Es necesario un instituto de enfermedades digestivas".

Jacinto, en realidad, no entiende muy bien en qué consiste ese instituto o "lo que sea". Lo entiende como una gestión de su presupuesto, según comenta lacónicamente cuando los miembros de su servicio le preguntan que quiere el jefe de Cirugía.

La Dirección del hospital también está en línea con el nuevo jefe de servicio y quiere tener ese instituto en menos de dos años. Además, se encuentra entre los objetivos que ha marcado el financiador.

Sin embargo, hay un mar de fondo en el propio servicio de Digestivo. Manolo Ancas, la mano derecha de Jacinto, lo manifiesta con un punto de desagrado: "Nos vienen a quitar nuestro servicio, vamos a desaparecer absorbidos por Cirugía". En el fondo, tiene claro que sólo desde la fortaleza como servicio de Digestivo puede llegarse a acuerdos. Por ello, el doctor Ancas considera que Jacinto no debe seguir como jefe de servicio en estos momentos. Incluso está pensando en convocar una asamblea de médicos del hospital para señalar la amenaza de privatización que representan esos institutos que quiere la gerencia. La Dirección, ante los rumores, acude nuevamente al servicio a explicar en qué consiste ese proyecto y ofrece toda la información que le piden. Incluso llega a decir que, "si queréis, hacemos venir a otros directores de Instituto, para qué lo veáis".

Fernando, el jefe de Cirugía, no esperaba esta reacción tan opuesta. "La verdad es que no vengo a pelearme con nadie; si quieren, se hace, y si no, me da igual."

La Dirección ve que la situación se está complicando día a día. Ha explicado en todos los foros del hospital qué se pretende con esta figura. Una consultora externa e independiente, según dice la Dirección, ha elaborado un extenso documento. También reitera la colaboración de ambos servicios como primer paso y su constitución como instituto en un plazo de dos años.

El servicio de Digestivo (el doctor Ancas se arroga la condición de representante) transmite la propuesta de que, ante los nuevos tiempos que vienen, quieren un nuevo jefe de servicio. Sin ese cambio que Jacinto además consiente ("Ya estoy mayor para esto de la gestión"), se opondrán a cualquier modificación del *status quo* actual. "Y tras el nuevo jefe, dice Ancas, veremos si estamos por la labor."

- ¿Qué pasos establecerías para encauzar esta situación?
- ¿Qué cronograma realizarías, qué plazos establecerías y a qué interlocutores seleccionarías?
- ¿Qué papel desempeñaría el Servicio de Recursos Humanos?

Responde en la plataforma.

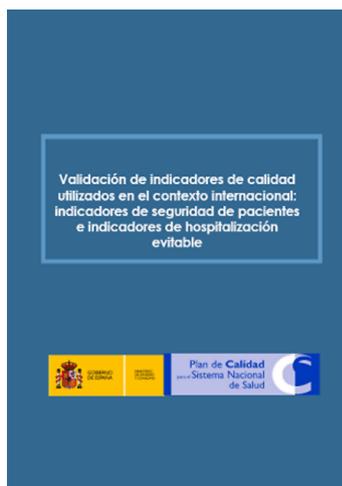
Pero en ocasiones tampoco se necesita tanta sofisticación. Por ejemplo, ante diagnósticos de alta de neoplasias, además del tiempo en lista espera, sería oportuno ver si la inclusión en la citada lista tiene algo que ver con el diagnóstico de confirmación tras el procedimiento diagnóstico.

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

Cita

"No basta con hacer más gestora la clínica, hay que hacer también más clínica (o sanitaria) la gestión."

Vicente Ortún, economista de la UPF



Portada del estudio *Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable*

Lectura recomendada

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.*

- 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 obstétrico tras cesárea
- 11) cuerpo extraño dejado durante el procedimiento
- 12) error en el punto de operación
- 13) error de medicación y mortalidad atribuible

Ejemplo de desarrollo de un indicador de seguridad

Como ejemplo de desarrollo de un indicador de seguridad, podéis comprobar el caso de la fractura de cadera atribuible a la estancia en el centro, sus definiciones, límites y excepciones.

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 fractura de cadera en cualquier campo de diagnóstico secundario:</p> <p>Códigos:</p> <p>820.0x. Fractura transcervical, cerrada</p> <p>820.1x Fractura transcervical, abierta</p> <p>820.2x Fractura pertrocantérea, cerrada</p> <p>820.3x Fractura pertrocantérea, abierta</p> <p>820.8x Parte no especificada de cuello de fémur, cerrada</p> <p>820.9x Parte no especificada de cuello de fémur, abierta</p>

Fractura de cadera atribuible a la estancia en el centro	
Definición	Casos de Fractura de cadera sucedidos durante el ingreso/100 altas
Denominador	<p>Todas las altas mayores de diecisiete años Excluye los casos con:</p> <p>1) Diagnóstico principal de fractura de cadera. 2) Trastornos o enfermedades del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo (CDM8) con los códigos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • capítulo 2 neoplasias: benignas y malignas y comportamiento incierto de huesos y tejido conectivo (170, 171, 213, 215, etc.) • capítulo 17 lesiones y envenenamientos: fracturas (800-829), luxaciones (830-839), esguinces y torceduras (840-8), heridas abiertas de miembro superior o inferior (880, 881, 882, 891, 892), complicaciones de procedimientos y dispositivos (996, 997) <p>3) Diagnóstico principal de epilepsia, AVC, coma, parada cardíaca, envenenamiento, trauma, delirio y otras psicosis o lesión cerebral anóxica. Es posible que este grupo de pacientes tuviera la fractura de cadera en el momento del ingreso y, por 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 riesgo especial de sufrir fractura de cadera durante el ingreso en el hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • epilepsia (345) y convulsiones (780.3x) • síncope (780.2) • enfermedad cerebrovascular: o hemorragia subdural/intracerebral/intracraneal (430, 432.9x); oclusión-estenosis precerebral con infartos (443.x1); oclusión de las arterias cerebrales con infarto (434.x1); ACV (436); ACV postoperatorio (99702) • coma hiperosmolar o cetoácido (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 (960.0-979); efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas respecto a su origen (980.0-989.83 con los códigos E de accidental E850, E860-E869, E951, E952, 3962, E980, 3981 y E982) • lesión anóxica cerebral (348.1) • códigos diagnósticos de delirio u otras psicosis (290-299) <p>4) Diagnóstico de cáncer metastático, cáncer de órganos linfáticos y hematopoyéticos, tanto principal como secundario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neoplasia metastásica en cualquier órgano o sistema (196-199) • códigos de neoplasia maligna de órganos linfáticos o hematopoyéticos (200.xx-208.x) <p>5) Lesiones autoinfligidas; 6) CDM14 (embarazo, parto o puerperio) (630.xx-677.xx).</p>

En relación con el área del medicamento, se han definido indicadores de ámbito nacional¹ basados, en parte, en las prácticas recomendadas por el *National Quality Forum*² (NQF), así como en la fuente de información que representa la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente³. En todo caso, tampoco es tan complejo como pueda parecer. En primer lugar se definen las líneas prioritarias (estratégicas) y a partir de ahí se construyen los indicadores. Si no de dispone de mucha infraestructura, inicialmente bastaría con preguntar por la

⁽¹⁾ **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.

⁽²⁾ **National Quality Forum** (2007). *Safe Practices for Better Healthcare 2006. Update: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum.

seguridad (el daño innecesario) como resultado de la intervención. Adaptado del cuestionario del *Institute for Safe Medication Practices*, recoge entre otros muchos los puntos siguientes:

⁽³⁾WHO. *World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions.*

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.

2) La información esencial sobre 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 etiquetajes y envases 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) Siempre que es posible, las soluciones intravenosas, las concentraciones, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados.

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, no representan ningún peligro para los pacientes y no están accesibles en las zonas de preparación de los medicamentos.

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

Entre otros ejemplos, pueden valorarse por áreas algunos indicadores como:

- Área obstétrica: tasa de complicaciones en partos y cesáreas, porcentaje de partos vaginales sin episiotomía o tasa de cesáreas ajustadas por riesgo.
- Área oncológica: cáncer de mama, complicaciones quirúrgicas o cirugía radical y no reconstructiva.
- Área de digestivo: tasa de sustituciones en hernia de pared o tasa de complicaciones por procedimiento.
- Área traumatológica: mortalidad en fracturas de fémur o estancia preoperatoria en fractura de cadera.
- Área respiratoria: mortalidad en neumonía no complicada o reingresos de pacientes con EPOC.
- Área cardiovascular: mortalidad ajustada por riesgo en IAM o mortalidad en bypass coronario.

El hospital St. Joseph de Canadá informa de sus tasas de infección, por prescripción legal desde el 2008, y está obligado a informar sobre:

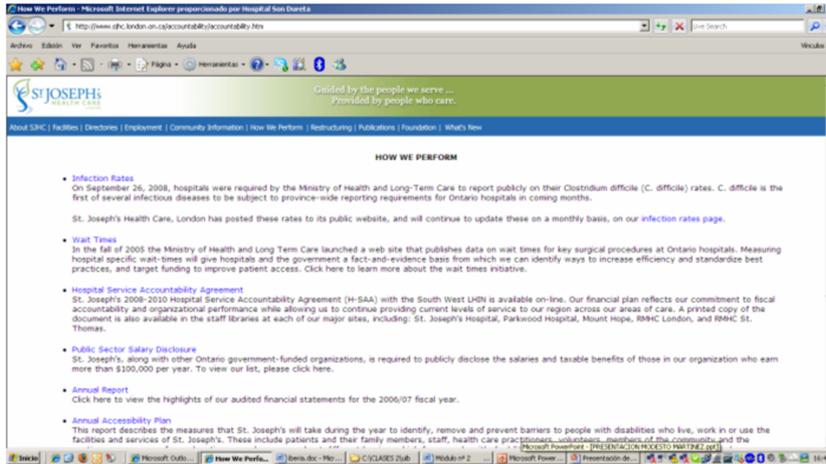
- las tasas de infección con *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina (MRSA) y enterococos resistentes a la vancomicina (VRE)
- las tasas de infección nosocomial y las tasas de cumplimiento del protocolo de lavado de manos
- las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica
- los tiempos de espera
- los profesionales que ganan más de cien mil dólares

Webs recomendadas

www.dhmh.state.md.us/ohcq/index.html (Estado de Maryland, EE.UU., para la evaluación de su asistencia)
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=oc1

Web recomendada

www.justcleanyourhands.ca



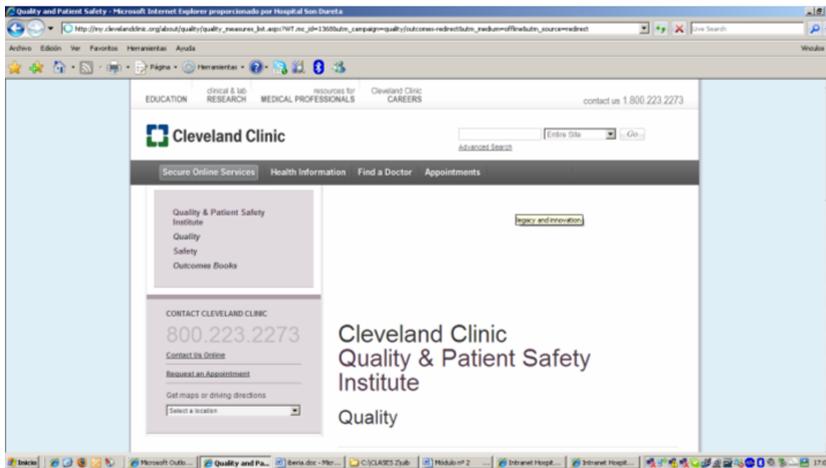
Web del hospital St. Joseph

Y para ayudar a los internautas, pacientes y sus familiares a manejar mejor la información que se les ofrece, el Consorcio de Hospitales de Ontario creó un sistema de ayuda en abril del 2009 y lo ofreció como una oportunidad para saber más acerca de sus hospitales, sus tipos de cuidados y sus resultados.

Web recomendada

www.myhospitalcare.ca/Pages/homepage.aspx

Incluso la Clínica de Cleveland ha empezado a medir sus intervenciones en términos de resultados. Puede accederse a ellos en su página web y en ella se señala que es precisamente esa transparencia en los resultados lo que da seguridad al paciente.



Web de la Clínica de Cleveland

10. Las listas de espera y su gestión

La perspectiva de la investigación en servicios sanitarios mediante disciplinas como la epidemiología y la sociología mide la satisfacción como una forma de evaluar los resultados. Éste es sólo 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 forma que la canción "el que tiene cuarenta, quiere cincuenta", todos quieren más. Si el índice de satisfacción es del 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 mejorías. Otra conclusión fatal es considerar que la mejor satisfacción está relacionada directamente con la estrategia empresarial.

Peugeot 405

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 sólo 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 necesitaban luz en la guantera. La estrategia no era invitar a los clientes para que participaran en la construcción del producto, ni tan 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 equiparan recursos con calidad del sistema. Así, hay parámetros tan singulares como el número de camas por mil habitantes, el gasto sanitario per cápita, el número de médicos, etc. Pero criticar la unidad de medida también sirve para no preocuparse por nada, ni tan siquiera por proponer mejoras en esas unidades.

Lectura parcial de 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 pasar autobombo, cabe decir que estas preferencias se combinan la opinión de dos terceras partes de los habitantes que creen que apenas se han producido mejoras en las listas de espera o la accesibilidad en general. Cualquier lectura parcial de estos datos, bastaría para explicarlos; baste con citar que en la valoración sobre la atención global recibida, Madrid ocupa las últimas posiciones.

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.

Sorprende que en los centros hospitalarios públicos se traten todas las reclamaciones de la misma manera, cuando algunas tienen una respuesta tan evidente 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 forma para todos los clientes en todas las empresas, éste no aporta nada. El buen servicio es importante, pero hay más. Hay que aprender de lo que nos enseña el cliente. Hay que prestar atención a los pequeños detalles, que parecen no tener importancia pero son capitales.

10.1. Las distintas "esperas"

Dentro de la valoración de los 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) y el quirófano (no todos, porque la cirugía menor no aparece en las 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 clientes potenciales.

Las LE afectan a la mayoría de los países de nuestro entorno; no obstante, la manera de abordarlas, por la vía de la oferta o la demanda, es distinta porque no existe una solución ideal. Es más, las medidas a corto plazo pueden tener unos 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. La manera de analizar las LE en estos momentos es la opuesta a como funciona en realidad un sistema sanitario. Parece como si las LE de consultas, de pruebas diagnósticas y quirúrgicas fueran independientes entre sí, como si los pacientes incluidas en ellas fueran necesariamente distintos.

No es infrecuente que un paciente esté en la LE de consultas externas y pendiente de una prueba diagnóstica. Es muy posible que la LE en la que esté no importe mucho, como la de revisiones o de sucesivas, pero que esté pendiente de una prueba que también tiene espera. Es ese maravilloso indicador que mide la relación entre las consultas sucesivas y las primeras pero que no se sabe muy bien qué significa. Alguien puede tener una revisión por cada primera consulta, pero ello no nos dice 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 podemos encontrarnos con 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 verdaderamente 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 necesitan uno de otro, el hecho de avan-

zar demoras 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.

Es evidente (o eso parece) que las listas de espera responden a la relación entre la oferta y la demanda. Los pacientes y sus familiares ven la espera como un problema (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; la espera para acceder a una primera consulta de ginecología se interpreta como más espera que si ésta se produce una vez pasada esa primera consulta, aunque las expectativas no se hayan cumplido. Estas expectativas están usualmente vinculadas precisamente a la realización de la prueba 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, que en algunos hospitales se realice un triaje en urgencias que no se explica al paciente. Se da por asumido que éste entiende que la cadena de preguntas que le realizan sirve para discriminar su gravedad. Y lo peor es que ni tan siquiera se le comenta el tiempo aproximado que va a tener que 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, se identifica a los pacientes con una cinta de color en la muñeca según la prioridad. Así, el paciente se identifica con los demás de su color y prioridad y sabe que su espera es relativa a una gradación que se le realizó y que se llama triaje.

11. 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), por lo que la gestión del riesgo se realiza, en ocasiones, a través de la mitigación de 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 todo fuera 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 una significación similar o incluso peor 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 elegido es el que tiene más probabilidades 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 logramos convertir en ilusionante con lo que hacemos y también con lo que dejamos de hacer. Los riesgos están en operaciones financieras o en la vida misma. Hay riesgos de distintos tipos: clínicos, económicos, humanos, estratégicos, de reputación, etc.

- Por su frecuencia, algún riesgo clínico es más importante a pesar de su baja frecuencia.
- Por su impacto, algún riesgo puede llegar a ser catastrófico.
- Por su prioridad, algún riesgo puede ser prioritario a pesar de no ser frecuente ni importante (p. ej., un nódulo mamario en una persona joven).
- Por la estrategia, un riesgo puede ver minimizada su ocurrencia.
- Por el riesgo residual.

- Por la posibilidad de control, un riesgo puede ser inevitable, reducible, evitable.

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

"Es evidente que todas las personas son diferentes. Resultaría sorprendente, pues, que cada ser humano tuviera la misma probabilidad de padecer una enfermedad y que respondiera de igual manera ante la exposición a un fármaco. El futuro de la cardiología está en la genética, en entender el papel de los genes en estas diferencias para ofrecer una prevención y un tratamiento personalizados y por lo tanto, mucho más eficaces. Tendremos tratamientos informados por los genes, es decir, los datos genéticos permitirán ofrecer el fármaco apropiado a la persona correcta."

Eugene Braunwald, profesor de la Universidad de Harvard.

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, ésta se percibe como más larga. Por ejemplo, en las esperas en los parques de atracciones para acceder al entretenimiento más demandado se informa del tiempo restante en pantallas; los parques también ofrecen un acceso prioritario con un sobrecoste para evitar la espera, con lo cual la espera se prioriza según el tipo de cliente. Además, se realiza en un entorno en el que, simplemente por la disposición de la cola, hay una actividad añadida a la propia espera en forma de entretenimientos como magos, zancudos, un monitor que enseña un pequeño animal, etc.

Para pensar

¿Cuántos de los que se encuentran antes de la entrada en urgencias, ya sean administrativos o vigilantes de acceso, tienen conocimientos suficientes para identificar una prioridad no demandada? Ante alguien que no reclama gravedad pero cuyos síntomas o signos guía (palidez cutánea, dolor renoarterial) permiten identificar un cuadro especialmente grave, estas personas deberían ser capaces de comunicarlo al triaje que todavía no se ha realizado.

- Las esperas entendidas como injustas (aspecto clave) y sin ninguna explicación de los motivos de esa injusticia son especialmente conflictivas. Siguiendo con el ejemplo anterior, ante la misma prioridad en la urgencia debe atenderse antes a una persona con alguna minusvalía. Esto mismo también ocurre, en un entorno más prosaico, cuando llegamos a nuestro turno a la peluquería y se atiende antes a alguien que ha llegado más tarde que nosotros. Es muy posible que esa persona tenga una reserva anterior

Lectura recomendada

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

a la nuestra, pero si no nos los confirman podemos pensar en un trato de favor (aunque es posible que sigamos pensándolo aunque nos lo digan). No se trata de convencer, sino de dar argumentos.

- Las esperas sin compañía se perciben como mucho más largas. Hay que prestar atención a las personas que acuden solas, sobre todo ante la sospecha de una mala noticia.

Ejemplo de esperas sin compañía

No es extraño que algunas mujeres acudan solas para conocer el diagnóstico de una prueba mamográfica. Es necesario identificar a estos pacientes para dispensarles un trato cálido.

Por ejemplo, ante un circuito rápido para descartar una enfermedad neoplásica en una mama, las pacientes deben ser atendidas con la máxima atención. No se trata de decir: "Ud., baje al sótano, a rayos, y entregue esta petición o espere a que le llamen." Es mucho mejor que alguien espere por esa persona y le llame cuando llegue (no es nada difícil calcular el tiempo que puede tardar una persona en llegar a un sitio). O mejor aún, la persona puede saber por quién debe preguntar para sentirse más "protegida". No cuesta nada dar esta calidez a la espera, este acompañamiento empático. ¿O tal vez sí?

12. Medidas para gestión de la capacidad

La mejor de las opciones depende de la creatividad y del negocio (las expectativas de un cliente de un banco no son las mismas que las de un cliente de una aerolínea de bajo coste). No obstante, hay que analizar la demanda e 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 ello condiciona el resultado, junto con el mecanismo de servicio y la función a la que se ajustan las entradas en el sistema. Si el mecanismo de servicio está correctamente realizado, el coste será alto pero no habrá colas. Se trata de buscar la capacidad óptima, el número de canales que minimizan el coste del sistema (el conjunto de mecanismos de servicio y la propia cola).

La gestión de la capacidad debe establecer márgenes de seguridad dentro del mismo proceso; no pueden combinarse consultas con quirófanos, porque son procesos distintos. Es mejor hacer un *pool* y dar un margen sobre el que pueda ajustarse la capacidad. Pueden tomar medidas como la redistribución de los recursos según la demanda.

Ejemplo de distribución de recursos

En los servicios de urgencias pueden establecerse jornadas en relación con la demanda de los pacientes para concentrar la capacidad cuando exista más demanda.

- **Formar.** Ayuda a mejorar los procesos para eliminar redundancias y aprender a identificar ineficacias que no ayudan en nada al destinatario del servicio. Por ejemplo, hay que entender que estandarizar cuidados es mejor que no tener nada reglado. Hacerlo sistemáticamente bien es lo mejor para todos, sobre todo para el paciente. Se requiere formación e iniciativa.
- **Incentivar la productividad.** La forma en la que se recompense genera cultura de empresa (y no se trata sólo de dinero).
- **Valorar los flujos del proceso** (cadena de procesos guiada por eventos [EPC]. Se emplea para modelar procesos de negocios). Hoy en día, los clientes (pacientes) que exigen un trato más personalizado son una herramienta que ayuda a gestionar las operaciones que sostienen a los procesos.
- **Valorar si la ubicación de los recursos es la adecuada.**
- **Modular la respuesta dentro del hospital.** Hay que tenerla diseñada para que pueda sacarse capacidad sin que el cliente se dé cuenta. Éste es el sentido del *overbooking*, que trata de utilizar toda la capacidad posible.

13. 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 habrá problemas de espera.

En un sistema en el que los usuarios llegan y hacen cola, con una longitud y una disciplina de funcionamiento propias de cada cola, la 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 y una disciplina que señala el criterio de las unidades que esperan para entrar.

En toda espera, la respuesta emocional y el valor que se otorgue al tiempo de espera pueden crear distorsiones.

La espera que 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 la probabilidad de las llegadas (media, mediana, función de distribución, desviación típica, varianza, etc.), entonces esa espera puede organizarse. Son tasas de llegada (λ) relacionadas con la capacidad de servicio (m) $p = \lambda/m$. Cuando llegan, 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.

Ejemplo de agrupación de colas

Cuando en oftalmología se establecen unidades por órganos (párpado, estrabismo, fondo de ojo, polo anterior, etc.), o cuando en radiología se organizan las exploraciones por grupos (a primera hora, rodillas; a segunda, TAC con contraste; etc.), puede darse el contrasentido de una mayor espera agregada o de que esta espera se transmita a otros (p. ej., incremento de la estancia media porque las rodillas se exploran a otra hora, salvo que sean urgentes).

En conjunto, el total de la espera es mayor que de forma agrupada y será más difícil dividirla en números exactos. No obstante, se pretende ganar en especialización (en estas organizaciones hay que prestar atención a cómo 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 donde se lleva a cabo (asistimos en muchas ocasiones a conocimientos propios de las personas).

Ejemplo de especialización

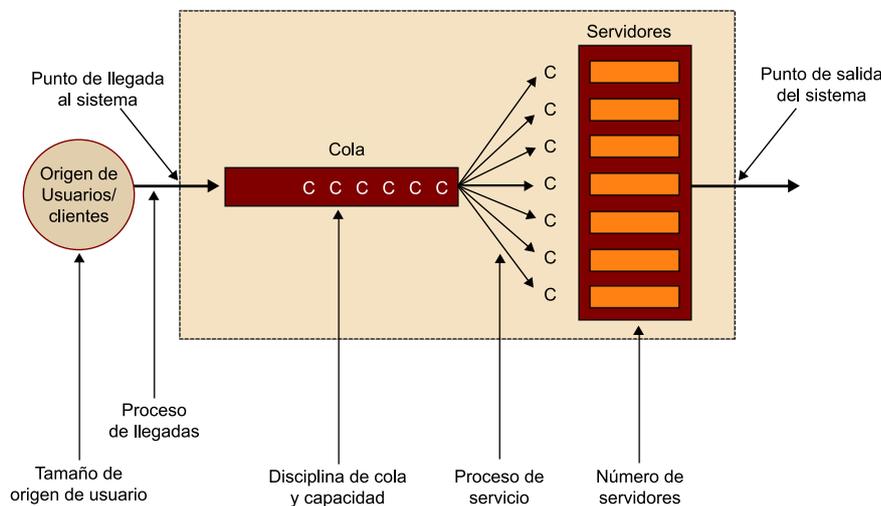
En oftalmología, por ejemplo, existirá alguien que estará más capacitado sobre párpado, retina, etc. y que estará en condiciones de ser la referencia para el servicio de oftalmología.

Hay que articular esa gestión del conocimiento. Dar el paso para formar al resto del equipo y realizar rotaciones 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 por extensión en la organización). Si la variabilidad en los servicios está condicionada por el nivel de ocupación, como por ejemplo la hospitalización, no es posible dar el 100%. O bien el paciente o bien el sanitario deberán esperar (se incrementan las esperas en pruebas radiológicas o digestivas de forma proporcional al tanto por ciento de ocupación, cuando debería ser proporcional a la complejidad o a la adecuación de las exploraciones).

Obviamente, es el paciente quien entra en colas de espera, con lo que la tasa de ocupación aumenta y se producen esperas largas.

Circuito de la espera



Dar prioridad a la asistencia según la necesidad asistencial contribuye a mejorar la gestión de las LE. Existen experiencias donde, además del proceso en sí, se utilizan otros criterios basados en la identificación de la necesidad vinculada a la capacidad funcional y a la calidad de vida del paciente. ¿Hay que operar en primer lugar a aquellos que más pueden beneficiarse de la intervención? Si fuera así, se necesitarían unidades de medida y normas éticas individuales y

colectivas compatibles. Por ejemplo, en el caso de las cataratas se puntúa según la capacidad de mejora prevista tras la intervención, la existencia de personas a su cargo, la falta de personas que cuidaran al paciente 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 señala como criterios para la priorización:

- la gravedad de la enfermedad
- la probabilidad de recuperación
- la limitación de las actividades cotidianas o para trabajar
- el hecho de que haya alguna persona que cuide al paciente o de 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), y no de priorizar exclusivamente por el orden de llegada o tras unas priorizaciones no explícitas. Ello permite ordenar de forma distinta la atención de los usuarios, que deben tener unas expectativas claras y deben conocer los criterios utilizados para la ordenación. Si no es así, la demora de algunos pacientes podría ser indefinida, ya que siempre puede existir alguien con una prioridad mayor.

Criterios de priorización en LEQ

Criterios de priorización en LEQ	
Catarata	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad de la enfermedad (incapacidad visual leve, moderada, grave o muy grave). • Probabilidad de recuperación moderada, alta o muy alta. • Tener alguna limitación para las actividades cotidianas, bastantes problemas para realizarlas o ser incapaz de llevarlas a cabo. • Limitación para el trabajo habitual. • Tener cuidador. • Ser cuidador.
Artroplastia de cadera y rodilla	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica y pruebas complementarias (patología moderada o muy avanzada). • Dolor leve, moderado o severo. • Probabilidad de recuperación. • Tener alguna limitación para las actividades cotidianas, bastantes problemas para realizarlas o ser incapaz de llevarlas a cabo. • Tener limitación para trabajar. • Tener cuidador. • Ser cuidador.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas

No hay relación entre los recursos disponibles y la ausencia de demoras excesivas, ni tampoco con el tipo de financiación que se realiza.

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

Listas de espera en Europa

En Suecia se establecieron tiempos de garantía para determinados procedimientos que en sólo cuatro años provocaron que se volviera a los niveles previos. En Irlanda, después de un plan de choque con indicaciones sobre efectividad, registro y prioridades, se produjo un repunte tres años después. En Reino Unido, se añadió la publicidad de las demoras, las prioridades clínicas, que trajeron 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:

- Aumentar la capacidad de la oferta.
- Subsidiar a los enfermos que van al sector privado.
- Utilizar la atención sanitaria de otros países.
- Reducir o moderar la oferta o la demanda.
- Modificar las barreras legislativas.

Las propuestas para reducir los tiempos de espera incluyen:

- Aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria y mejorar la coordinación entre los niveles de AP y AE.
- Incrementar la cirugía ambulatoria o los procedimientos alternativos.
- Establecer tiempos de garantía o máximos de espera.
- Aplicar medidas de tipo organizativo encaminadas a la mejora de la eficiencia.

Otras propuestas encaminadas a modificar las expectativas recogen sugerencias relacionadas con la racionalización de los tiempos de espera:

- Crear o mejorar los sistemas de información sobre la LE.
- Analizar y publicar los datos sobre las listas y los tiempos de espera globales y por diferentes proveedores.
- Establecer sistemas para definir prioridades en la LE.
- Aplicar políticas específicas en relación con el sistema de financiación de los proveedores.
- Aplicar políticas integradoras a medio y largo plazo.
- Evaluar el impacto de las medidas.

14. El modelo organizativo ante los procesos nuevos

Uno de los cambios más importantes en nuestro entorno es el impacto que tienen las enfermedades crónicas. Su gestión es compleja y debe abordarse de una manera multidisciplinar que coordine la parte asistencial aguda, la crónica y la no asistencial de cuidados. Algunos países de nuestro entorno (Dinamarca, Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda, Suecia, Australia y Canadá) han desarrollado distintas estrategias.

A la hora de afrontar una enfermedad crónica, los elementos clave son una especialización del conocimiento, la coordinación, la interdisciplinariedad, la continuidad asistencial y la transversalidad. El primer paso debe ser un acuerdo entre los actores para el manejo de los procesos.

Acuerdo entre actores

Una unidad de EPOC o de insuficiencia cardíaca (o ambas) obliga a aplicar programas de gestión de la enfermedad, a estratificar la complejidad, a repartir las funciones (quién hace qué) y a estandarizar los controles y los criterios de relación y derivación (controles, educación sanitaria, etc.). La persona responsable de un proceso asistencial lleva a que se valore a esos pacientes con EPOC desde que ingresan. Ello implica pensar menos en la función y la estructura. No se trata de camas o servicios, sino de organización de la atención sanitaria.

El papel del médico es seleccionar casos para encontrar situaciones de las que los pacientes se benefician realmente, disminuir la dispersión de la atención (p. ej., revisiones de IAM sin complicaciones en atención especializada), controlar los casos (se cuenta respecto al total de pacientes a aquellos que se benefician de una atención intensiva en atención especializada) y formar en autocuidados.

Conseguir la continuidad entre la atención primaria, la especializada y la sociosanitaria obliga a disponer de dispositivos transversales; es decir, de sistemas de información comunes que definan qué es lo importante. A la hora de atender al paciente con enfermedades crónicas, los mecanismos de coordinación resultan clave.

Los centros atienden a pacientes agudos que, desde una autonomía (mayor o menor) y en una situación basal, tras una fase aguda y postaguda, pueden en ocasiones volver a la situación previa. Sin embargo, esa fase aguda, puede provocar en los pacientes crónicos un agravamiento de su autonomía y disminuir su estado basal previo a su proceso agudo.

Enlace recomendado

Sobre las enfermedades crónicas, podéis consultar la siguiente dirección: <http://www.euro.who.int/Document/E92058.pdf>.

¿Vienen voluntariamente aquellos que tienen que coordinarse, integrarse o, como mínimo, 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?

¿En qué se quiere mejorar?, ¿en accesibilidad, continuidad asistencial, calidad de la atención, niveles de resolución, satisfacción de los usuarios, calidad de la prescripción, disminución de los gastos...?

Es necesario saber:

- quién hace (p. ej., información al paciente o diagnósticos y terapéuticas más efectivos)
- con qué frecuencia
- quién lo indica
- dónde se realiza (nivel asistencial más adecuado)
- quién lo realiza
- qué indicadores

Experiencias

Kaiser Permanente es una organización no lucrativa que presta servicios sanitarios a una tercera parte de la población de California, Oregón y Colorado. Fue fundada por **Henry Kaiser** tras la Gran Depresión y se configuró como la conocemos tras la Segunda Guerra Mundial. En 1938 estableció con Garfield un *health plan* de prepago.

Originariamente, su benefactor creó esta organización para prestar atención sanitaria a los trabajadores de sus astilleros. Así, entre 1938 y 1945 estableció un programa preventivo para evitar que los trabajadores del astillero se dañaran accidentalmente en sus oficios, y en 1945 abrió al público su primer programa de salud. La organización está participada por empresas y particulares y en un 15% por el programa 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 y establece su propio marketing. Está constituido por distintas sociedades, entre las cuales se encuentran Foundation Health Plan, Foundation hospital, Hermann Medical Group, KP Hospitals, etc.

Según **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

Lectura recomendada

S. Leggat; P. Leatt (1997). "A Framework for Assessing the Performance of Integrated Delivery Systems" *Health Care Management Forum* (vol. 1, núm. 10, págs. 11-18).

coronaria, depresión...). 8 de cada 10 pacientes atendidos en AP tienen una enfermedad crónica y 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 deben cuidarse de sí mismos. La aportación al cuidado por parte de las organizaciones es residual, aunque de gran valor añadido.

Utiliza la siguiente matriz para orientar sus cuidados:

- Nivel 3. Complejidad alta. Gestión de casos.
- Nivel 2. Riesgo alto. Gestión de cuidados y gestión de enfermedades. Los programas de gestión de enfermedades pueden adoptar dos modelos:
 - Una empresa ajena a la hospitalización entra en contacto con el paciente para realizar su seguimiento por 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 unos objetivos claros y precisos sobre reingresos, mejora de calidad de vida, etc.
 - El modelo de Bodenheimer 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 y tiene en cuenta su red de apoyo social, su ambiente... Busca más la potenciación del autocuidado (que es una forma distinta de hacer) y permite extenderlo a otras enfermedades.
- Nivel 1. Gestión del autocuidado (70-80%).
- Nivel 0. Promoción de la salud.

Define áreas prioritarias en asma, dolor crónico, depresión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, obesidad, autoasistencia y ancianos y el 55% de sus cuidados están estandarizados. La dificultad de las pluripatologías o patologías combinadas se aborda mediante el seguimiento simultáneo antitrombótico, lipídico, de IECA y de beta bloqueantes, por ejemplo ante la DM y la CI. En todos sus programas incentiva la deshabituación tabáquica, la actividad física, la comida sana y la disminución de peso. Para ello estratifica el riesgo en:

- atención Primaria con autocuidado
- *care management* con cuidados asistidos
- cuidados más intensivos

Lectura recomendada

Sobre la gestión de casos, podéis leer: L. P. Casalino (2005). *Disease management and the organization of physician practice*. JAMA (núm. 293, pág. 485-488).

Lectura recomendada

T. Bodenheimer; E. H. Wagner; K. Grumbach (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2*. JAMA (núm. 105, pág. 2861-2866).

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

En aquellas patologías donde el autodiagnóstico es más probable, los pacientes juegan un papel distinto⁴ del tradicional. Junto con las intervenciones comunitarias, suministra a sus pacientes el *KP Healthwise Handbook* o el *Healthy life with chronic conditions*. Así en sesiones estandarizadas examina, entre otros, los síntomas, el ejercicio, la nutrición, la comunicación, las preguntas frecuentes, etc.

⁽⁴⁾Healthwise.org, Guidelines.com, Permanente.net, Healthyheart.com

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

Es más eficiente y más integrada, y obliga a plantearse preguntas⁵ sobre cómo prestan cuidados otras organizaciones⁶. Así, en áreas como Solihull, Northumbria o Eastern Birmighan del Reino Unido se llevan a cabo programas piloto basados en su filosofía.

⁽⁵⁾"Is Kaiser the future of America Healthcare?" (2004, 31 de octubre). *New York Times*.

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

⁽⁶⁾McGlyan y otros (2003, 26 de junio). "The quality of health care delivered to adults in US". *NEJM*.

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

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, un estado de ánimo alterado, problemas en la relación medico-paciente, alteraciones en el entorno familiar y social, falta de observancia, alteración del umbral del dolor y sufrimiento.

El programa utiliza a sanitarios o a pacientes crónicos que ayudan a otros pacientes crónicos, igual que el método Flinders en Australia. La Asociación de Veteranos, una organización de Estados Unidos que cuenta más de cien centros dedicados a más de siete millones de personas, ya utiliza dispositivos como VCista, donde tomó forma la HCE.

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

- construcción de la red,
- coordinación por consenso y no por imposición o para "pasar el trabajo a otro",
- 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 tengan un proceso crónico que exija unos cuidados intensivos antes y después de repararse, si procede, quirúrgicamente.

La unidad de cuidados paliativos tiene guías para tratar el dolor, la disnea y otras sintomatologías mediante comisiones interdisciplinarias de área (equipos de apoyo 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 busca un alto grado de autonomía de los equipos.

Otros ejemplos (no exhaustivo):

- Hospital 12 de Octubre. Proyecto de detección precoz del cáncer colorrectal. Coordinación entre primaria y especializada.
- Grupo para la Atención Primaria Integrada y Continua de Cádiz. Cartera de Servicios.
- Niveles de Resolución y Resultados de Salud. Gerencia de Atención Primaria, Costa de Poniente, Barcelona.
- Modelo avanzado de derivación a atención especializada orientado por problemas. Gerencia de Atención Primaria, Mallorca.
- Cómo mejorar el funcionamiento de los centros de Salud, Bilbao.
- Plan de seguridad del paciente. Distrito sanitario de la Anarquía.
- Integración asistencial en el cribado de retinopatía. La Ribera, Valencia.
- Desarrollo de un sistema de información clínico integrado en el área 2 junto con el hospital de la Princesa.

Bibliografía

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, Alberto M.; Debeljuh, P. (2005). *Misión y valores. La empresa en busca de su sentido*. Editorial Gestión 2000.

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

Blanchard, K. (2006). *Clientemania*. Editorial Granica. (Recuerda lo obvio en forma de libro. Hay que cuidar a los clientes, a los que tratan con clientes, etc. 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 mediante 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*. Documento de trabajo 6895. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Daniel, J.; Barquero, M. (2009). *Crisis*. Ed. Furtwagen.

Fernández Romero, A. (2008). *Manual del consultor de dirección*. Ed. Díaz de Santos.

Gil, V. y otros (2004). *La innovación en la gestión hospitalaria: implicaciones y experiencias*. Ed. Periscopihos.

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.

Heifetz, R. A. (2004). *Leadership without easy answer*. 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.; Zuani, E. R. de (2005). *Introducción a la gestión empresarial. Fundamentos teóricos y aplicaciones prácticas*. Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá de Henares.

Le Fanu, J. (2000). *The rise and fall of modern medicine*. Nueva York: Carroll&Graf Pub.

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

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

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>

Muro, I. (2009). *Ésta 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 mediante su utilización tecnológica.)

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

Pérez-Iñigo Quintana, F.; 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*. Edimburgo: Churchill Livingstone.

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

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

Weingart, S. N.; Davis, R. B.; Heather, R.; Palmer, M.; Cahalane, M.; Hamel, B.; Mukamal, K.; Phillips, R. S.; Davies, D. T.; Iezzoni, L. I. (2002, abril). "Discrepancies Between Explicit and Implicit Review: Physician and Nurse Assessments of Complications and Quality". *Health Services Research* (vol. 37, pág. 483).

Webs

Los siguientes son algunos proveedores de sistemas de seguimiento de pacientes:

Peiroptimum <www.peiroptimum.com>

Healthcare IT <www.healthcareit.com>

Surgical Information Systems <www.orsoftware.com>

Versus Technology <www.versustech.com>

Radianse <www.radianse.com>

Constraints Management Group <www.cmgconsultores.com>