

DIRECCIÓN PARTICIPATIVA POR OBJETIVOS.

- Pactos de calidad con los Servicios

En este pacto se han incluido los objetivos de calidad institucional que afectarán a cada uno de los servicios, objetivos organizativos (gestión de procesos), definición de vías clínicas en los procesos de mayor relevancia, objetivos de investigación y docencia, formación continuada, objetivos de mejora continua (grupos de trabajo en detección de áreas de mejora y rediseño de procesos). En el 2004 el hospital ya disponía de su propio plan de calidad, en función de sus necesidades y prioridades, aprobado en el año 2001 por la Comisión Central de Garantía de Calidad y la Comisión de Dirección. En el año 2004 la Gestión de la Calidad se ha cimentado a través de la integración de la Gestión de Procesos en una organización horizontal (con mantenimiento de estructuras verticales y jerarquización), coherente a las líneas estratégicas del Plan Estratégico y simultáneas, paralelas al desarrollo de un Plan Formativo inmerso en la dimensión estratégica de la Organización.

- Pactos de calidad con las Comisiones Clínicas.

En este pacto se han incluido los objetivos de calidad institucional que afectarán a cada una de las Comisiones Clínicas (Plan Anual de Gestión 2004-2005), objetivos organizativos y de estructura, objetivos de investigación y docencia, objetivos de mejora continua (grupos de trabajo para la detección de áreas de mejora y elaboración de documentos de propuestas de mejora). En el año 2004 la Gestión de la Calidad se ha plasmado en la participación a través del compromiso por objetivos de la Comisiones Clínicas de acuerdo a las líneas estratégicas del Plan Anual de Gestión 2004-2005 y al Plan Estratégico y al Plan de Calidad y Formativo de la Organización.

- **Ligar los resultados de calidad al presupuesto hospitalario y a los incentivos**

El Benchmarking ha permitido realizar comparaciones de resultados entre los hospitales y servicios y/o unidades del mismo nivel y/o características y establecer una clasificación en función del nivel de calidad alcanzado, vinculando el pago de productividad al cumplimiento de los compromisos de calidad alcanzados. La participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr un incremento de eficiencia. Así, los incentivos van ligados a calidad y no sólo a cantidad.

- **Validación de resultados**

El desarrollo y la gestión de la calidad en el hospital Universitario de Salamanca el plan están orientado a la mejora continua de procesos asistenciales. Por ello la fiabilidad de los sistemas de información es básica para conocer el impacto que el rediseño de los procesos tiene en los resultados de actividad y coste del Hospital.

Este aspecto se refiere a los resultados clínicos que se derivan de las intervenciones o tratamientos. Se ha monitorizado la mejorar continuamente y evaluado los procesos asistenciales permanentemente para la mejora de la calidad.

Se han diseñado indicadores específicos (ICAR, IMAR) obtenidos de los sistemas de información existentes, como por ejemplo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) para que puedan compararse los del hospital con los mejores y tratar de mejorar los resultados.

Todo ello comporta UNA información que sea válida y fiable. En este año la validación de las fuentes de información y la mejora de los sistemas de información y del contenido de los informes de alta y la

codificación ha sido una de nuestras áreas prioritarias de actuación en el contexto del programa de Calidad.

- **Orientación de la gestión clínica hacia el proceso asistencial, salvaguardando los derechos individuales de los pacientes.**

- a) El fomento de **la autoevaluación**, como único sistema capaz de generar en nuestros profesionales una permanente actitud crítica hacia sus actuaciones y, como consecuencia, una continua mejora de sus resultados.

La orientación hacia el proceso asistencial se centra en tres contenidos, los cuales han sido planificados con los criterios diagnósticos y terapéuticos del proceso. Se han diseñado circuitos de decisión en procesos asistenciales.

Se ha planificado en tiempo real y de forma cuantitativa los diferentes componentes diagnósticos y terapéuticos de las patologías más habituales (según contrato por objetivos de calidad con cada servicio)

- **Sistemas de Supervisión.**

Se han diseñado sistemas de supervisión que permitan conocer de forma ágil y continua el grado de cumplimentación de los protocolos definidos mediante parámetros accesibles, cuantificables y sencillos, que puedan ser registrados por personal entrenado y que reflejen directa o indirectamente la calidad del proceso asistencial.

Otro aspecto garante de calidad es el establecer sistemas de alarma o centinela que permitan detectar inmediatamente los casos que

sobrepasen los rangos establecidos. El sistema informático deberá ser capaz de captar inmediatamente este tipo de desviación y comunicarlo a las correspondientes unidades asistenciales. Actualmente existe un proyecto en fase de desarrollo que nos permitirá una mayor supervisión y seguimiento de determinados macroprocesos y subprocesos asistenciales que garantizarán la identificación de desviaciones en tiempo real y la posibilidad de corregirlas anticipándonos al menoscabo de la calidad de asistencia al usuario (organización proactiva).

- Elaborar criterios clínicos para incluir pacientes en lista de espera quirúrgica en consonancia con la prioridad institucional de reducir las Listas de Espera.
- Elaborar criterios clínicos para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad y la eficiencia para la derivación de pacientes de Atención Primaria a Especializada

Esto es necesario ya que el protocolo debe ser asumido como algo positivo e incorporado a la labor asistencial diaria, y por el hecho básico de que comparar la actividad con un punto de referencia tiende en sí mismo a mejorar el proceso. En cualquier caso es imprescindible que los contenidos técnicos de cualquier protocolo estén en consonancia con las líneas generales establecidas por los comités de expertos, y/o por el mejor conocimiento científico disponible.

- **Elaboración de protocolos por los propios miembros de las diferentes unidades asistenciales y no asistenciales.**

Uno de los elementos tradicionalmente ligados a la calidad del proceso asistencial es el establecimiento de protocolos de actuación que sirvan como punto de referencia óptimo con los que compararse.

El benchmark además de cuantitativo hemos puesto los medios a nuestro alcance para que sea cualitativo, esto es llegar a obtener los mejores resultados comparándonos con los mejores a través del conocimiento no sólo de sus datos cuantitativos sino de su mecanismo de actuación, actividades y tareas que llevan al logro de estos resultados excelentes.

Se ha desarrollado una visión más amplia e integral del proceso asistencial y de los aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento que son sin lugar a dudas una parte fundamental de cualquier proceso para establecer la relación horizontal del desarrollo de las actividades de los diferentes servicios en un mismo paciente potenciando la interrelación de las mismas. Así, en el menor tiempo posible lograr la primera visita, el diagnóstico si existe morbilidad y el tratamiento en el tiempo si es viable y de no serlo y tratarse de un proceso quirúrgico su adecuada inclusión, según criterios en lista de espera.

El protocolo se ha considerado que debe contemplar el proceso asistencial de forma integral desarrollando por tanto los siguientes puntos:

- Establecer un **objetivo clínico** que especifique los estándares de resultados y la expectativa de recuperación del paciente. Deben constar, por tanto, aspectos relacionados con mortalidad, complicaciones, secuelas, tiempo de ingreso, tiempo de convalecencia, controles posteriores, calidad de vida etc.
- Describir los **componentes diagnósticos y terapéuticos** del proceso. Este es el aspecto habitualmente desarrollado por los protocolos médicos. Hace referencia explícita a los criterios diagnósticos y terapéuticos de las diferentes patologías.

- Protocolización de los procesos asistenciales.
- Protocolización de los procesos no asistenciales.

- **Orientación del Hospital al usuario.**

La orientación de la organización hacia el proceso asistencial coloca al usuario en un papel protagonista no sólo como receptor de servicios sino como creador de opinión sobre algunos aspectos relacionados con los mismos.

- Diseño de mecanismos de recepción de la opinión del usuario.

- a) Organización del método de información al paciente.
- b) Organización del servicio de atención al paciente y aspectos relacionados con la asistencia social.
- c) Elaboración y desarrollo de los documentos relacionados con el consentimiento informado.
- d) Participación como miembros de los comités éticos y de ensayos clínicos.
- e) Opinión sobre los componentes del cuidado básico del enfermo.

- **Mejora de la utilización de los Sistemas de Clasificación de Pacientes como instrumentos que permitan la medida de la cantidad y calidad de la atención médica prestada.**

La medida de la actividad desarrollada en el HUSA, en su vertiente cuantitativa y cualitativa, es un elemento fundamental para la evaluación de resultados.

La práctica médica requiere de una mejora continua de los Sistemas de Información que permitan monitorizar su evolución y que se

muestren sensibles a los cambios en los comportamientos clínicos y a las mejoras de la gestión.

Los S.C.P. que miden la actividad desarrollada en régimen de hospitalización deben complementarse con herramientas que, siguiendo la misma filosofía de diseño, evalúen la actividad realizada en consultas, urgencias y exploraciones complementarias.

- Difusión de los Sistemas de Clasificación de pacientes entre el personal clínico.

- **Evaluación y seguimiento a través de grupos de trabajo de expertos para la mejor utilización de Sistemas de Información que faciliten la planificación de los distintos componentes del proceso asistencial.**

Evaluación, seguimiento, planificación, ejecución y control de acciones de mejora, mayor validez y fiabilidad, de los sistemas de información para lograr una gestión ágil y eficiente de forma que proporcionen bases precisas que permitan a los gestores (clínicos / no clínicos) en los distintos niveles, planificar, medir, seguir y controlar los elementos ligados a los objetivos.

En este último año, 2004, se ha realizado en el Hospital Universitario de Salamanca un esfuerzo importante dirigido fundamentalmente a los departamentos centrales (Admisión, Archivos, Quirófanos, Almacenes, Personal, Radiología y Laboratorio), sistemas básicos y núcleo central para la integración de los sistemas de información hospitalarios.

- **Gestión del proceso asistencial**

Definición de protocolos, base para la programación de actuaciones, consumo de prestaciones por paciente y proceso, establecimiento de señales de alerta, en tiempo real y en estudios retrospectivos y autoevaluaciones (EFQM).

Ha sido responsabilidad de la Dirección ejercer el liderazgo del plan mediante una implicación directa y continua llevando la iniciativa e institucionalizando la gestión del proceso.

La Dirección ha sido responsable de la difusión de su cultura y garante de la viabilidad del plan por medio del compromiso acerca del desarrollo e implementación de las propuestas: aportando los recursos necesarios para el cambio, solucionando problemas, llenando vacíos de responsabilidad y participando y creando el clima adecuado para el desarrollo del plan.

Otra gran tarea de la dirección ha consistido en realizar la elección de los procesos estratégicos, sean asistenciales sanitarios o no. En las primeras etapas del programa ha actuado activamente en la identificación de los procesos para posteriormente, en etapas más avanzadas, centrarse fundamentalmente en la aprobación de las iniciativas que partan de los profesionales.

- **Elaboración, difusión y formación del programa de Gestión de Procesos.**

Tiene como objetivo el difundir la cultura de la Gestión del Proceso y así introducir una nueva forma de trabajar aportando la metodología y las herramientas para identificar los procesos asistenciales sanitarios más importantes del hospital y actuar sobre ellos para producir la mejora continua y/o el rediseño, y gestionarlos.

La incorporación progresiva de nuevos procesos a este modelo de gestión conducirá al posicionamiento del proceso como eje de la organización de los servicios y unidades clínicas.

Hemos estudiado el proceso tal y como era en el presente y analizado sus componentes y organización buscando bolsas de ineficiencia y oportunidades de mejora, para alcanzar el resultado deseado: la satisfacción de los clientes, de los profesionales y de la sociedad, y los resultados económicos.

- Difusión de las bases metodológicas del Programa de Gestión por Procesos.

Se ha respetado la existencia de los Servicios como unidades funcionales hospitalarias atribuyéndoles las competencias y la responsabilidad sobre el producto final. El Jefe de Servicio es el responsable de la gestión de los procesos y de sus resultados y por ende de la gestión del Servicio.

A través del Programa de Gestión del Proceso el HUSA busca una flexibilización de la organización a través de una mayor coordinación, comunicación y del trabajo en equipo para dar respuesta a la necesaria adaptación a los nuevos retos y exigencias del entorno.

El proceso viene definido por el alta hospitalaria pero su principio y final puede abarcar además del ingreso hospitalario la atención en la consulta externa u otras modalidades de atención hospitalaria.

Bases Metodológicas: resumen

1. Mantenimiento de la estructura funcional actual.
2. El Servicio es la Unidad Funcional.

3. Flexibilización de la Organización.
4. El alta hospitalaria es la unidad de producción.
5. Inicio: Ingreso
6. Final: alta
7. Enfoque cliente proveedor.

- Diseño y definición del mapa de procesos en el HUS.

Constituye una sencilla representación gráfica de los pasos más elementales del proceso desde la perspectiva del paciente, aunque también es aplicable para otras perspectivas (del personal médico, de enfermería,...). Su grado de desarrollo o de discriminación y descripción de los pasos puede ser progresivo pero se recomienda simplificar ya que lo que se persigue es tener una visión general globalizada del proceso (Anexo).

Los otros diagramas, de flujo y matriciales, permitirán desarrollar los circuitos, relaciones y fases secuenciales pormenorizadas de este mapa de proceso.

- Definición y difusión de los macroprocesos, procesos básicos, cuyos productos contribuyan a alcanzar la misión de la Organización.

Así un macroproceso de la empresa sanitaria pública es el proceso asistencial sanitario, esto es, la prestación de la asistencia sanitaria al cliente, desde su entrada hasta su salida de la organización.

- Realización de propuestas de mejora.

➤ Identificación de la mejora: el cambio propuesto ha supuesto una mejora competitiva expresada en la consecución del objetivo inicial (mejora de la eficiencia, aumento de la satisfacción del cliente,..).
Objetivos de mejora: la propuesta ha de ir encaminada a disminuir la complejidad y la variabilidad del proceso dando solución a los principales problemas del flujo de trabajo eliminando pasos innecesarios y simplificando al máximo circuitos y tareas.

- Monitorización y diseño de indicadores.

La propuesta de recomendaciones y la planificación de los cambios han de ir acompañadas de un plan de evaluación para monitorizar los cambios efectuados y

la consecución de los objetivos propuestos para el proceso desde el punto de vista de la calidad técnica, la calidad percibida y la eficiencia y por último como herramienta para la identificación y control de las causas de variabilidad que puedan aparecer en el proceso. Este plan de evaluación integrará los indicadores llave que permitan una continua monitorización no sólo del proceso de cambio, sino del proceso una vez rediseñado para la detección de desviaciones y de problemas.

Dada la diversidad de clasificaciones de indicadores existentes en la bibliografía y la dificultad de categorizar muchos de los indicadores en un solo grupo o género, a continuación se presenta una clasificación que puede ayudar al grupo de trabajo a diseñar un plan de evaluación adecuándolo a sus necesidades:

- Planificación de cambios y propuesta de recomendaciones

Realizada la propuesta de mejora o rediseño el grupo ha realizado el informe que contiene la descripción del diseño propuesto, las recomendaciones y la planificación de los cambios propuestos que han sido presentadas al jefe de servicio.

- Evaluación y decisión de la puesta en marcha

La aprobación del plan propuesto ha de suponer la implicación total de la dirección en el rediseño, asumiendo y dando respuesta a las necesidades y problemas que la implementación de los cambios de lugar.

- Comunicación a los profesionales de la propuesta, puesta en marcha, implementación y formación de los profesionales implicados

Las variaciones y cambios producidos en el rediseño realizado por el grupo de trabajo fueron objeto de un plan de comunicación destinado a dar a conocer los cambios, las mejoras esperables y la conveniencia de llevarlos a cabo con el objetivo de crear una corriente de opinión favorable pero además como un instrumento para detectar todas aquellas deficiencias existentes en la formación de los trabajadores y provocadas por los cambios en las funciones y las tareas de estos trabajadores.

El análisis de las necesidades de formación se siguió de un plan de formación para satisfacer las deficiencias formativas detectadas o solicitadas.

- Implementación: El rediseño del proceso

El encargado de organizar el proceso de rediseño fue el gestor del proceso siempre respaldado por la dirección, a quien corresponde el liderazgo y la responsabilidad de llenar los vacíos de responsabilidad y de dar respuesta a las necesidades surgidas, y por el jefe de proceso, el jefe del servicio, como responsable de éste.

Lo más relevante en la implantación fue la asunción de responsabilidades y una política de negociación y pactos entre los intervinientes del proceso (relaciones internas cliente / proveedor).

- **Elaboración del mapa de vías clínicas. Evaluación del estado y situación.**

- **Diseño y elaboración de vías clínicas según pacto de objetivos de calidad con los servicios.**

Se han diseñado como planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Las vías clínicas, también se denominan mapas de cuidados, guías prácticas, atención coordinada, o gestión de casos clínicos.

Coordinan y ensamblan las dimensiones de la calidad asistencia, tanto los aspectos estimados o implicados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios), como los de los enfermos (información participación y ajuste de las expectativas) y los aspectos de eficiencia y gestión de costes.

La forma de presentación adoptada por el HUSA es la de una matriz temporal, con divisiones por días o, incluso horas, donde se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente

distribuidas. La información se distribuye en categorías que ocupan las cabeceras de las filas de la matriz, (consultas, exámenes, tratamientos, cuidados, alimentación, medicación, fisioterapia, información, actividad física y criterios de alta) mientras que el tiempo y lugar de atención se representa en las columnas.

Los documentos que conlleva la vía clínica del HUSA son la matriz temporal, la hoja de información al enfermo y/o familiar, las hojas de verificación, encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar, los indicadores de medición y optativamente la hoja de tratamiento normalizado.

- Implantación de vías clínicas según pacto de objetivos de calidad con los servicios

Este objetivo ha consistido en implantar un Vía de Práctica Clínica para los procesos que tengan mayor incidencia en estancias o mayor impacto en desviación de estancia media respecto a hospitales de similares características o para procesos que incidan en lista de espera quirúrgica o para un proceso que incida en lista de espera para primera consulta de especialista o para el uso adecuado de fármacos o de alta tecnología.

Ventajas: Reducen la diversidad no deseada en la asistencia de los enfermos, pues cada día tiene establecido lo que se le va a hacer al enfermo, evitando ineficiencias, información redundante y decisiones retrasadas o prematuras. Al identificar la participación de cada profesional en la atención del enfermo, se evitan roces en responsabilidades mal definidas y se mejora el ambiente laboral. Permiten la programación cuidadosa del ingreso, conociendo ya con cierta precisión el momento del alta.

- Definición de las etapas para el desarrollo de las vías clínicas

- Ajuste y revisión de las vías clínicas, previa evaluación de la misma, utilizando los indicadores ya establecidos.

- Evaluación de la Vía Clínica

- **Gestión de planificación de cuidados**

Establecimiento de sistemas que instrumenten y coordinen, de acuerdo a la planificación establecida, la génesis de las distintas órdenes médicas y de planificación de cuidados relativos al proceso (unidosis, quirófanos, cocina, radiología, laboratorio, protocolos de cuidados de enfermería etc.).

- **Gestión de calidad de servicios no asistenciales**

Gestión de presupuesto, costos servicio, case-mix y desviaciones.

- **Fomento de la autoevaluación. Modelo EFQM**

En la década de los 80 nació el concepto de "autoevaluación clínica", "clinical-audit" en la literatura médica internacional con el fin de conocer con más fiabilidad la calidad de los servicios sanitarios.

La autoevaluación clínica es el análisis crítico y sistemático de la calidad de los cuidados médicos, incluyendo los procedimientos utilizados en el diagnóstico y en el tratamiento, el uso de los recursos y los resultados clínicos, así como la calidad de vida resultante para el paciente.

La autoevaluación clínica es una comparación sistemática y cuantificada entre actuaciones medicas específicas y los Patrones

habituales con el fin de identificar las oportunidades para aumentar la calidad de los cuidados del paciente.

La autoevaluación clínica será un proceso exitoso en la medida en que los clínicos y los gestores se pongan de acuerdo en que su objetivo principal de la misma es la mejora en los cuidados del paciente y no la reducción de los costes sanitarios en detrimento de la calidad del servicio, así como que las organizaciones de salud deben reconocer que la autoevaluación requiere un soporte administrativo y un tiempo de dedicación sustraído a otras actividades.

No es una tarea restringida a los médicos sino que afecta también al resto de los profesionales sanitarios, enfermeras/os, auxiliares de enfermería etc.

- Instrumentación de nuevos indicadores.

Dotación de herramientas que permitan implementar indicadores específicos de cada área de actividad, consultas externas y quirúrgica, como unidades dinámicas y su correlación y/o tratamiento estadístico, de una forma integrada con el resto de datos relativos a cada proceso o al conjunto de la organización. Estas herramientas se han diseñado en hoja de cálculo Excel en formato de cuadro de mandos para el seguimiento en tiempo real de los mencionados indicadores.

- Creación de grupos de trabajo para el rediseño de procesos asistenciales

La participación de los individuos en los equipos ha conducido a una transformación de la mentalidad de las personas pasando de una forma de pensar funcionarial, exenta de riesgos, acomodaticio y

desmotivadora a un sentimiento de orgullo corporativo propio de la pertenencia a un equipo que trabaja para la obtención del éxito en sus diferentes objetivos.

La creación y mantenimiento de estos equipos humanos ha precisado de la figura de líder, gestor del proceso, que capaz de delegar y motivar a los individuos en la consecución de los objetivos comunes.

Se debe de entender el trabajo en equipo como un todo que tiene objetivos comunes generales y objetivos Propios Profesionales, tendientes al bien común.

- Creación de grupos de trabajo para el rediseño de procesos asistenciales

La participación de los individuos en los equipos ha conducido a una transformación de la mentalidad de las personas pasando de una forma de pensar funcionarial, exenta de riesgos, acomodaticio y desmotivadora a un sentimiento de orgullo corporativo propio de la pertenencia a un equipo que trabaja para la obtención del éxito en sus diferentes objetivos.

La creación y mantenimiento de estos equipos humanos ha precisado de la figura de líder, gestor del proceso, que capaz de delegar y motivar a los individuos en la consecución de los objetivos comunes.

- Diseño, definición y elaboración de Unidades Funcionales

La organización hospitalaria, como organización funcional que es, presenta entre sus características el disponer de múltiples unidades funcionales y el ser compartimentada, especializada, compleja y orientada a productos intermedios. Los profesionales sanitarios son altamente cualificados y especializados, tienen un gran sentido del trabajo y de la responsabilidad individual y una visión intraservicio de su trabajo.

El diagnóstico de nuestra organización hospitalaria es que tenemos los mismos problemas que cualquier organización compleja de tipo funcional, con la particularidad de que nuestro producto son personas sobre las que hemos actuado para aportarles el valor añadido de la asistencia o del cuidado sanitario. En el HUSA se desarrollan simultáneamente múltiples procesos, algunos tienen relación directa con la asistencia sanitaria, y otros carecen de ella. A los primeros los denominamos **procesos asistenciales sanitarios**, y a los segundos **procesos no asistenciales sanitarios**.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Diseño de mapa competencial de unidades funcionales |
|---|

Capacidad de planificar los recursos humanos necesarios así como su perfil profesional. Distribución del personal de acuerdo a las necesidades de la Unidad.

- **Evaluación de los resultados obtenidos y de análisis de la calidad asistencial**

Proporcionar los programas de apoyo necesarios en el área de la epidemiología clínica y estadística.