

# Gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Foral de Navarra

**Isabel Rodrigo<sup>a</sup>, M. Ángeles Nuin<sup>b</sup>, Luis Gabilondo<sup>a</sup>, Karmele Ayerdi<sup>b</sup>, Javier Apezteguía<sup>b</sup>, Álvaro Gimeno<sup>b</sup> y Ana Galíndez<sup>a</sup>, en nombre del equipo directivo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y del Departamento de Salud**

<sup>a</sup>Dirección de Atención Especializada. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra.

<sup>b</sup>Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra. España.

Correspondencia: Isabel Rodrigo Rincón.  
Jefe del Servicio de Análisis y Control Asistencial.  
Irunlarrea, 39. 31008 Pamplona. Navarra. España.  
Correo electrónico: mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

### Resumen

La gestión de la calidad en el Sistema Sanitario Público Navarro tiene 3 ámbitos principales de actuación: la atención primaria, la atención especializada y la coordinación entre ambos niveles de atención.

El pilar básico del Programa de Gestión de la Calidad de Atención Primaria es el desarrollo y potenciación de los Programas de Mejora Internos, para lo que se cuenta con la implicación de los profesionales. El Programa de Gestión de la Calidad es un apoyo para el desarrollo del Plan de Gestión cuyos componentes básicos están en relación con la cartera de servicios, los indicadores específicos de calidad, los planes de mejora internos y la utilización de recursos. Los contratos-programa, el modelo MAPPA-Horizonte y la estrategia corporativa de análisis de percepción de la calidad de los distintos actores constituyen el armazón que sustenta la política de calidad en el ámbito de atención especializada.

El Plan de Coordinación y la Estructura de Coordinación, que incluye un equipo técnico de coordinación y 18 grupos de mejora, son los elementos clave para el desarrollo de las líneas estratégicas en el ámbito de actuación de la coordinación primaria-especializada.

**Palabras clave:** Gestión de calidad. Política de calidad. Modelo. Navarra.

### Abstract

The quality management in the Public Health System of Navarra has three main fields: primary health care, specialized health care and the coordination between both levels of care.

The mainstay of the Quality Management Program in Primary Health Care is the development of the Internal Improvement Programs by the professionals. The Quality Management Program is a support for the development of the Management Plan which main components are the services portfolio, the quality indicators, the internal improvement plans, and the resources utilization.

The management contracts, the MAPPA-Horizonte model, and the corporate perceived quality strategy by the main actors, become the frame of the quality policy in the specialized health care field.

The Coordination Plan and the Coordination Structure, including a technical coordination team and 18 continuous improvement teams, are the key elements for the development of the strategic main points in the area of the coordination between primary and specialized care.

**Key words:** Quality management. Quality policy. Model. Navarra.

### Introducción

En este artículo hemos intentado plasmar las experiencias en gestión de la calidad vividas, las ya consolidadas, y también los nuevos retos y horizontes para los próximos años.

### Marco asistencial del sistema sanitario público de Navarra

#### Red de asistencia sanitaria

Desde 1991, la Comunidad Foral gestiona la totalidad de sus centros y servicios sanitarios públicos, distribuidos

en 3 áreas sanitarias y 54 zonas básicas de salud (ZBS). La red de atención primaria (AP) consta de 54 centros de salud, 210 consultorios, el servicio de urgencias extrahospitalarias y una sección de salud bucodental. La red de atención especializada (AE) consta de 4 hospitales de agudos, un hospital monográfico (ortopedia), 3 centros de consultas externas, el Instituto de Salud Pública y el dispositivo de salud mental.

El gasto sanitario público en el año 2003 ascendió a 612.113.000 euros (incluyendo salud laboral), lo que representa un coste por persona y año de 1.059 euros y el 4,52% del PIB (producto interior bruto) de la comunidad.

Se ofrece cobertura sanitaria a prácticamente la totalidad de los 578.210 habitantes (datos del padrón, año 2003) y, aproximadamente, unos 8.200 profesionales trabajan en el Sistema Sanitario Público.

### **Estructura organizativa en gestión de la calidad**

En nuestra comunidad, los servicios técnicos de apoyo y, por tanto, las funciones desempeñadas, están descentralizadas en 3 grandes ámbitos: AP, AE y coordinación primaria-especializada (fig. 1).

### **Gestión de la calidad en el ámbito de atención primaria**

El Programa de Gestión de la Calidad de Atención Primaria<sup>1</sup> es un apoyo para el desarrollo del Plan de Gestión, núcleo central de un proyecto global. Los componentes básicos de este plan están en relación con la cartera de servicios, los indicadores específicos de calidad, los planes de mejora internos y la utilización de recursos.

El pilar básico del Programa de Gestión de la Calidad es el desarrollo y potenciación de los Programas de Mejora Internos, para lo que se cuenta con la implicación de los profesionales. Desde 2003, es imprescindible para la acreditación del Plan de Gestión (llave para incentivos y carrera) la presentación del Programa de Mejora Interna.

### **Marco de trabajo**

Desde 1998 el Plan de Gestión Clínica concreta, básicamente, el acuerdo de oferta de servicios y utilización de recursos entre la dirección de AP (DAP) y la dirección de ca-

da equipo de AP (EAP), y sigue siendo el instrumento de gestión de todas y cada una de las ZBS de nuestra comunidad (tabla 1).

Su pretensión es mejorar la calidad de la atención de los EAP, en términos de calidad científicotécnica, efectividad, eficiencia y aceptabilidad del ciudadano, a través de varias líneas:

1. Definir y homogeneizar la oferta de servicios de los EAP.

2. Garantizar la implantación de los servicios llamados básicos y lograr el máximo grado de implantación de servicios considerados como optativos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las ZBS de Navarra, con adecuados niveles de cobertura y de calidad.

3. Mejorar el conocimiento y utilización de los recursos, con la estimulación de su empleo responsable y su adecuación a las necesidades derivadas de la oferta de servicios, así como la deseable capacidad de resolución de nuestros centros. Se resaltan como áreas prioritarias:

- Presupuesto de personal, gastos de funcionamiento, farmacia e ingresos.

- Inversiones.

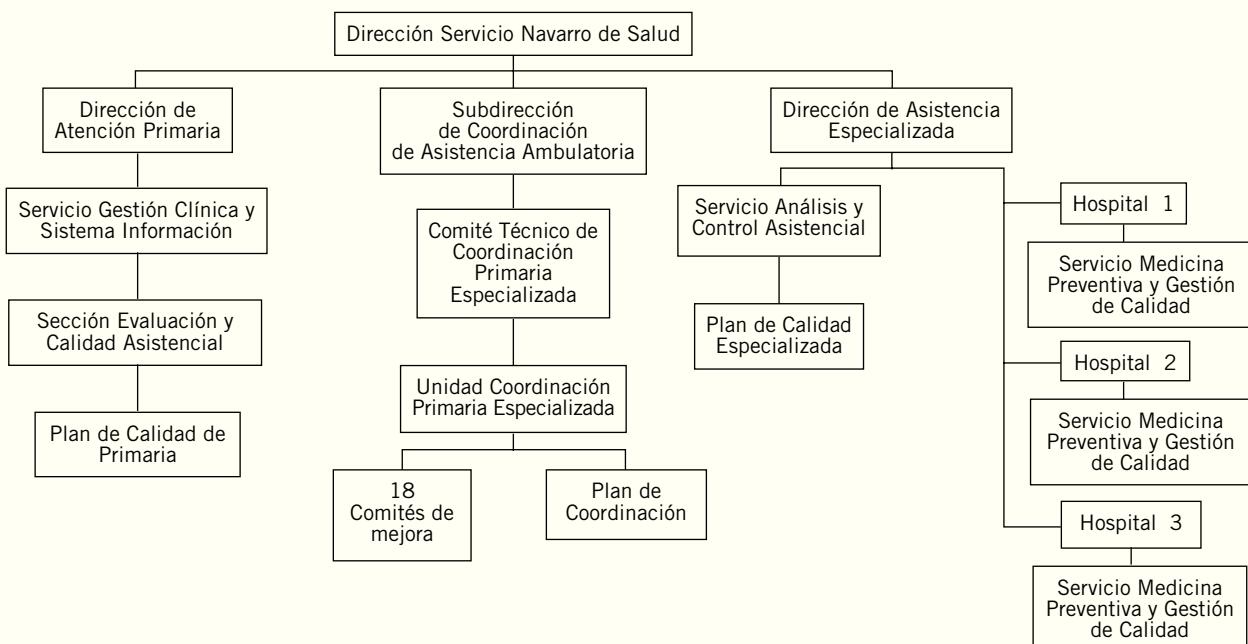
- Interconsultas y pruebas complementarias.

4. Implicar a los profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.

5. Lograr una mayor información y satisfacción de los ciudadanos con los servicios prestados por los EAP.

6. Desarrollar un sistema de evaluación y una política de incentivación del personal que favorezca el desarrollo de las líneas definidas en los puntos anteriores.

Figura 1. Estructura organizativa en la gestión de la calidad.



**Tabla 1. Contenidos del Plan de Gestión de Atención Primaria<sup>2</sup>****Módulo de servicios**

- Básicos
- Optativos

Para cada uno de los servicios, se concreta:

- Definición del servicio
  - Requisito mínimo para dar como cumplimentado el servicio
  - Criterios de inclusión
  - Sistemas de registro
- Módulo de calidad**
- Plan de mejora interno de los EAP
  - Indicadores específicos de calidad
    - Indicadores de calidad de utilización de la historia clínica
    - Indicador general de cumplimentación de historia clínica en la atención en medicina y enfermería
    - Indicador de existencia de listado de problemas
    - Indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica en relación con
      - Empleo de genéricos
      - Uso relativo de antihipertensivos
      - Utilización de ARA-II
      - Precio medio DDD de antihipertensivos
      - Uso relativo de AINE
      - Consumo DHD de AINE
      - Precio medio DDD de AINE
      - Consumo DHD de antiulcerosos
      - Precio medio DDD de antiulcerosos
      - Empleo de medicamentos de reciente comercialización
    - Indicador de control de incapacidad temporal
    - Indicadores de accesibilidad
      - Accesibilidad de la cita previa telefónica
    - Calidad percibida

**Módulo de coordinación con AE, en el marco del Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada**

**Módulo de presupuestos**

**Módulo de fase de gestión e indicador general de adecuación de plantilla**

**Plan de necesidades e inversiones**

**Módulo de evaluación e incentivación**

EAP: equipos de atención primaria; ARA-II: inhibidores de la angiotensina II; DDD: dosis diaria definida; DHD: dosis por habitante y día; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AE: atención especializada.

Desde 1999, existe el Programa de Gestión de la Calidad de Atención Primaria que se concreta en los EAP en el denominado Programa de Mejora Interno.

Estos programas se definen como un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin la mejora continua de la calidad de la AP en nuestra comunidad o EAP.

El fin es la planificación y desarrollo de actuaciones dirigidas al logro de los objetivos del Plan de Gestión, y se centra en las siguientes áreas:

- Mejora en la oferta de servicios: ¿qué?, cartera de servicios; ¿a quién?, coberturas; ¿cómo?, calidad de la oferta y mejora de la competencia (plan de docencia).
- Mejora en la atención al ciudadano.

- Mejora en la coordinación con AE.
- Uso racional del medicamento.
- Optimización de recursos.
  - Internos: presupuesto I-II-farmacía.
  - Externos: derivaciones-pruebas complementarias.
- Descentralización de la gestión.

El Programa de Gestión de la Calidad se integra en el Plan de Gestión Clínica. Por una parte, se concretan las líneas a las que se concede prioridad desde la DAP y se ofrece formación y apoyo técnico a los profesionales de AP y, por otra parte, se fijan los procedimientos de participación de los profesionales implicados en la evaluación y desarrollo del programa.

Como se ha mencionado anteriormente, el pilar básico del Programa de Gestión de la Calidad es el desarrollo y potenciación de los Programas de Mejora Internos de Atención Primaria y la implicación de los profesionales en ellos. Su estructura debería facilitar tanto el nivel de autonomía necesario con que queremos dotar a este programa como la participación estructurada de los profesionales en los diferentes niveles de toma de decisiones.

El programa central se concibe como una serie de actividades, apoyos, guías de actuación, etc., que se ponen a disposición del equipo y sus profesionales, y es el propio centro quien decide qué y cuándo pide de "la carta o el menú", que es el plan central, un determinado "plato" que lo incorpora así a su plan interno o a su oferta de servicios.

Como es lógico, un centro puede incorporar a su plan interno actividades o líneas de mejora que no estén en "la carta", ya sea desarrollándolas por sí mismo o solicitando los apoyos que considere, y la respuesta central queda condicionada a las lógicas limitaciones.

**Estrategias de gestión de la calidad**

Las líneas estratégicas para el año 2002-2003 han sido:

- Revisión y actualización de la cartera de servicios de la DAP, con la homogeneización de la oferta en toda la Comunidad Foral.

- Desarrollo tecnológico de los sistemas de información que garanticen el uso de sistemas flexibles, adaptables, seguros y fiables, y que contemplen la confidencialidad de la información.

- Desarrollo del programa informático que facilite la actividad asistencial (sistema de registro, toma de decisiones, prescripción farmacéutica, desburocratización de las consultas) y a su vez permita la facilitación de la evaluación de la calidad asistencial mediante la automatización en la obtención de indicadores específicos de calidad.

- Desarrollo del Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada.

- Desarrollo de un plan de formación continuada que contemple las necesidades sentidas por los profesionales y las necesidades de la organización en función de sus metas y objetivos.

- Mejora de la competencia profesional y de la capacidad resolutiva de los profesionales de AP.

## Herramientas

El Plan de Gestión es el núcleo central de un proyecto global. Sus componentes principales son: la cartera de servicios de AP, los indicadores específicos de calidad y los programas de mejora que desarrollen los EAP.

La cartera de servicios de AP fija qué servicios son básicos (los que deben garantizarse en toda la Comunidad), qué servicios son optativos (aquellos que es deseable que se oferten), cuáles son los requisitos de esos servicios y cuál el grado de cobertura que debe alcanzarse.

Los indicadores específicos de calidad fijan cuáles son las áreas a las que se concede prioridad desde la DAP. Tras la validación de la encuesta y el pilotaje, queda pendiente la realización en cada una de las ZBS de la encuesta de satisfacción.

El objetivo de la DAP con los programas de mejora de calidad que desarrollen los EAP es estimular su elaboración, acreditarlos con el establecimiento del mecanismo de evaluación e incorporar el resultado de ésta al resultado anual de evaluación del EAP. El Programa de Gestión y Mejora de la Calidad se integra en el Plan de Gestión Clínica. Por una parte, se concretan las líneas a las que se concede prioridad desde la DAP y se ofrece formación y apoyo técnico a los profesionales de AP y, por otra, se fijan los procedimientos de participación de los profesionales implicados en la evaluación y desarrollo del programa.

*Las áreas de actuación prioritarias para los años 2002-2003 han sido:*

1. Oferta de servicios.
  - Requisitos de calidad.
  - Coberturas (acceso del ciudadano al servicio).
  - Incorporación de indicadores de proceso y resultado de las actividades de diseño de calidad y guías de práctica clínica.

Tanto desde la propia DAP como en relación con el Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada, se han elaborado desde el año 2000 guías de actuación en relación con servicios priorizados que llevan incorporados indicadores para evaluar su implantación y seguimiento, tanto por parte de los EAP como de la dirección (tabla 2).

2. Áreas de actuación prioritarias de la DAP.
  - Atención al paciente en el final de la vida y a su familia.
  - Atención a la población infantil y adolescente.
  - Atención al área del anciano.
  - Actividades preventivas del adulto.
  - Riesgo cardiovascular. Prevención primaria y secundaria.
  - Control del tratamiento anticoagulante oral en AP.
  - Apoyo grupal en el abandono del hábito tabáquico y en el trabajo con cuidadores/as de pacientes crónicos.

3. Actuaciones derivadas del Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada.

- Mejorar la coordinación y comunicación entre facultativos implicados en la atención al paciente.
- Mejorar la atención continuada al paciente en su proceso.

**Tabla 2. Guías de práctica elaboradas en los años 2000-2003**

Patología vascular en AP <sup>9</sup>
Anticoagulación oral en AP <sup>10</sup>
EPOC en AP <sup>11</sup>
Valoración del anciano en AP <sup>12</sup>
Patologías infantiles. Protocolos de actuación <sup>13</sup>
Cirugía menor en AP <sup>14</sup>
Atención a la población infantil y adolescente <sup>15</sup>
Riesgo cardiovascular <sup>16</sup>
La lumbalgia en AP <sup>17</sup>
Atención a la persona en situación terminal y a su familia en AP <sup>18</sup>
Cefaleas en AP <sup>19</sup>
Programa de detección precoz y actuación en patología mental severa y grave riesgo psicosocial en la primera infancia (0-6 años) <sup>20</sup>

AP: atención primaria; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

– Conseguir un equilibrio entre la oferta y la demanda de consultas.

4. Actuaciones derivadas del Plan Foral de Salud 2001-2005: enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, enfermedades degenerativas, salud mental y accidentabilidad.

5. Uso racional del medicamento.
6. Atención al ciudadano. Calidad percibida.
7. Área de enfermería.
8. Plan docente.

## Perspectivas

*Integración de los Programas de Mejora Internos en el Plan de Gestión*

Hasta el año 2002 en cada EAP se impulsaba la creación, con carácter voluntario, de la Comisión de Calidad, con sus normas de funcionamiento para la elaboración de su Programa de Mejora Interno que se presenta para su posible acreditación a una comisión de la DAP.

Una vez acreditado, el centro desarrolla dicho programa y el director del EAP presenta ante la comisión una memoria anual de actividades y resultados del programa. Tras su valoración, la puntuación obtenida se incorpora al Plan de Gestión en los términos que éste concreta.

En la evaluación correspondiente al año 2003, será imprescindible para acreditar el Plan de Gestión la presentación de este programa de mejora por parte de los EAP.

Los planes de mejora internos de los EAP, debidamente acreditados, siguen siendo la apuesta básica en el modelo que planteamos. Entendemos que la mejora efectiva de nuestros servicios sólo será posible si la iniciativa o proyecto surge de la detección y priorización de oportunidades de mejora por parte de los profesionales y de su implicación en el proceso, análisis y aplicación de medidas correctoras.

La acreditación, evaluación y ponderación de los planes de mejora que presenten las ZBS serán realizadas por la mencionada comisión de acreditación.

La puntuación de los planes de mejora internos se incorporará tanto en la evaluación del Plan de Gestión como en la carrera profesional.

Asimismo, en el futuro se quiere avanzar en la incorporación al Plan de Gestión de indicadores de proceso y resultado que nos permitan medir, no sólo la presencia o ausencia de un determinado servicio, sino cómo es el proceso de atención de ese servicio y qué resultados consigue. Esto permitirá también ligar, por ejemplo, el gasto en farmacia a los episodios preventivos o de enfermedad que lo generan. Este avance está también en relación con la finalización del proceso de informatización del área clínica de todas las ZBS.

### **Gestión de la calidad en el ámbito de la atención especializada**

Los contratos-programa, el modelo MAPPA-Horizonte y la estrategia corporativa de análisis de percepción de la calidad de los distintos actores constituyen el armazón que sustenta la política de calidad en el ámbito de AE.

#### **Contratos-programa**

La gestión de la calidad en el ámbito de AE tiene como marco estratégico los contratos-programa, que con carácter anual se firman entre las direcciones de los centros y la gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O). Tal como se establece en los distintos modelos de calidad, la gestión de la calidad no debe diferir de la gestión de la organización; por lo tanto, los contratos-programa son, en nuestra comunidad, los vehículos que permiten, con mayor o menor desarrollo, una gestión de los hospitales en el que se reflejan los términos de actividad, calidad y coste. Los principales objetivos estratégicos de los mencionados contratos son:

- Satisfacer las necesidades del ciudadano.
- Establecer mecanismos para dar respuesta a las principales prioridades sanitarias: oncología, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, salud mental, accidentalidad, enfermedades neurodegenerativas.
- Favorecer la gestión clínica.
- Implantar progresivamente la gestión por procesos, con la garantía de la continuidad y la personalización.
- Desarrollar sistemas de información y de autoevaluación que den soporte a los objetivos de mejora continua de la calidad.
- Impulsar la promoción y capacitación del personal como principal activo de la organización.

Desde el año 1998, el SNS-O viene aplicando una metodología similar en sus modelos de Contrato de Gestión. Los objetivos cualitativos han pretendido reflejar los criterios del Modelo EFQM, adaptándolos a una organización sanitaria,

priorizando aquellos aspectos que podían ser gestionados por la organización y asignándoles un peso en función de la importancia relativa que les asigna el Modelo EFQM.

El peso definitivo para cada actividad dentro de cada criterio viene definido por el esfuerzo que tiene que realizar el centro para cumplirlo junto con la importancia que supone para la organización conseguir dicho objetivo.

Los objetivos asignados a los distintos centros son muy similares, ya que se respeta el peso de los criterios y se adopta la especificación de los objetivos a la idiosincrasia del centro.

Hasta el año 2001, los objetivos se debían cumplir anualmente y su estipulación tenía carácter anual. A partir de entonces se han establecido períodos para los objetivos y las metas que los centros deben cumplir cada trimestre. En el año 2002 se comenzó a trabajar con objetivos cualitativos de carácter bienal (tabla 3).

Por otra parte, se han dirigido esfuerzos hacia una cuantificación más consensuada y objetiva en la evaluación. Desde el año 2002, los pesos que se asignan a cada criterio se determinan por la puntuación que les otorgaron los directivos y jefes de servicio siguiendo una metodología tipo "Delphi". Se procura que las puntuaciones otorgadas abarquen todos los aspectos reflejados en un contrato de gestión, es decir, que no se ciñan solamente a los objetivos de calidad "habituales" sino que engloben por completo el contrato de gestión. Basándonos en este principio, también se otorga un peso al cumplimiento, tanto de los objetivos de actividad-lista de espera como al cumplimiento de los objetivos económicos. El peso<sup>1</sup> de estos objetivos mitiga la "excesiva" importancia que hasta ahora se había dado al cumplimiento de los objetivos de actividad y coste (fig. 2).

En el futuro se proyecta dar continuidad a los contratos de gestión, con el establecimiento de objetivos plurianuales de al menos 3 años de duración, con continuidad de criterios y de pesos otorgados a cada criterio. Se pretende avanzar en la evaluación global del contrato de gestión y, además, conceder importancia y potenciar el desarrollo de las carteras de servicio-horizonte de los centros, y desarrollar, analizar e impulsar la adecuada gestión de procesos priorizados comunes para toda la red. En este sentido, se está trabajando en el despliegue del modelo MAPPA-Horizonte (Mapa de Atributos y Procesos clínicos Priorizados sobre los que Actuar).

Un área importante y pendiente de su desarrollo es la relacionada con la valoración de la satisfacción de los profesionales y del clima laboral. El diseño de un instrumento común nos permitirá conocer, al igual que sucede con las encuestas de satisfacción de los pacientes, los puntos fuertes y áreas de mejora en esta esfera y comparar los resultados entre los distintos centros de responsabilidad.

#### **Modelo MAPPA-Horizonte**

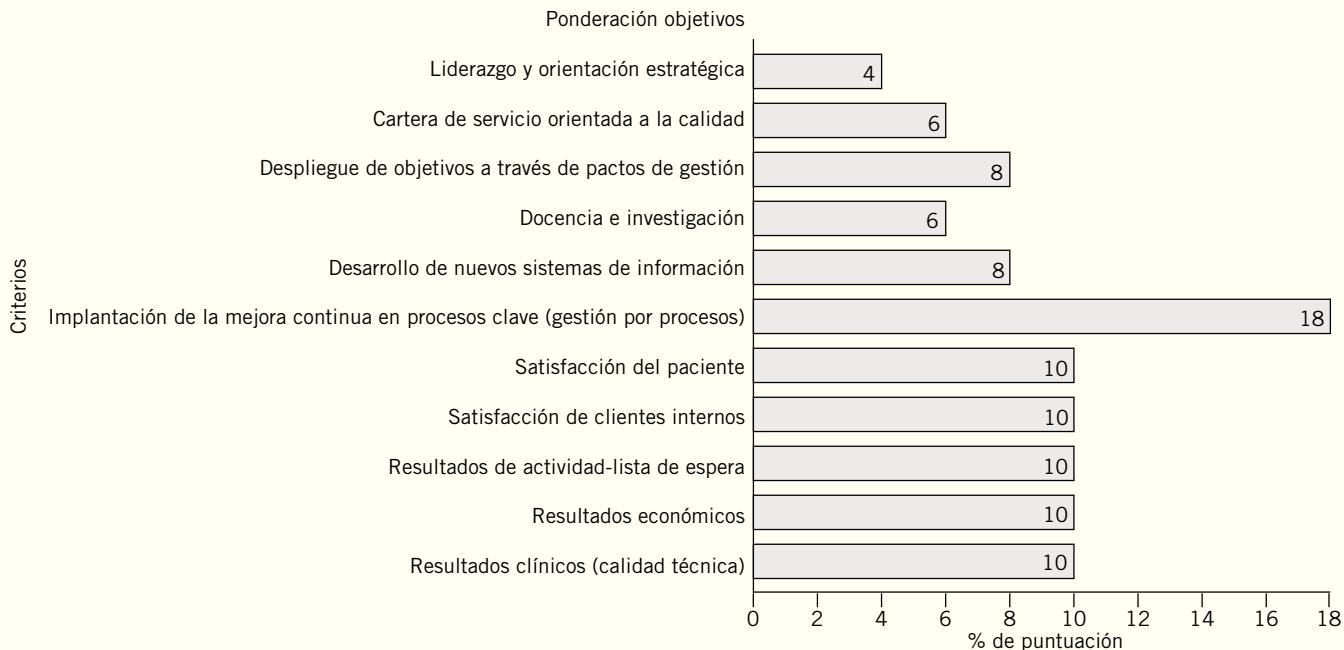
El modelo MAPPA-Horizonte<sup>2</sup> tiene como finalidad mejorar los resultados en salud, mediante la sistematización de la atención que se ofrece a los pacientes atendidos de determi-

**Tabla 3. Objetivos del contrato-programa. Año 2002**

<b>Objetivos incluidos en el contrato-programa y su peso. Año 2002</b>	<b>Puntos totales</b>
Estructura	320
1. Liderazgo y orientación estratégica Grado de definición y divulgación de los objetivos institucionales del centro	40
2. Cartera de servicios orientada a la calidad – Elaboración de la cartera de servicios del hospital, en la que se reflejen los procesos clave y sus atributos básicos de calidad (según los criterios establecidos por la Dirección de Asistencia Especializada) – Elaboración de la cartera de servicios de los distintos servicios clínicos, en la que se reflejen los procesos clave y sus atributos básicos de la calidad (según los criterios establecidos por la Dirección de Asistencia Especializada)	60
3. Despliegue de objetivos a través de pactos de gestión clínica – Formalización y evaluación de pactos de objetivos con los servicios – Formalización y evaluación de pactos de gestión clínica homologados	80
4. Docencia e investigación – Formación continuada del personal – Fomento de la investigación clínica	60
5. Desarrollo de nuevos sistemas de información – Grado de desarrollo de los sistemas de información clínica Porcentajes de informes de alta hospitalaria y de observación de urgencias incorporados en la historia clínica informática Porcentajes de informes de consultas y de exploraciones complementarias incorporados en la historia clínica informática Utilización sistemática de historia clínica informatizada en pacientes con diagnóstico de cáncer Registro y codificación de informes de urgencias Registro informático y codificación de la lista de espera quirúrgica mediante formulario específico Puesta en marcha del Registro Hospitalario de Cáncer – Grado de desarrollo de la contabilidad analítica Asignación e imputación de gastos por centro de responsabilidad	80
Procesos	180
6. Implantación de la mejora continua en procesos clave (gestión por procesos) – Mejora de los procesos clínicos clave de la organización Rediseño de los procesos clínicos clave y elaboración de guías clínicas de ámbito regional, liderando el proceso asignado al centro y participando en los restantes Implementación consensuada en todos los centros del SNS-O de los criterios de calidad elaborados en el 2002 Incorporación generalizada de la mejora de procesos en los servicios clínicos – Mejora del proceso de gestión en pacientes Citación directa de primeras consultas y/o exploraciones desde el servicio de origen de la prescripción Autocitación de consultas sucesivas por el propio especialista – Mejora del proceso de transmisión de la información clínica Remisión de informes de consulta a atención primaria Remisión a primaria de informes de urgencias Remisión a primaria de informes de alta hospitalaria (incluido el plan de cuidados de enfermería si se dispone)	180
Resultados	500
7. Satisfacción del paciente – Encuesta de satisfacción	100
8. Satisfacción de clientes internos – Grado de satisfacción global del propio hospital – Grado de satisfacción global de los servicios que remiten pacientes al hospital	100
9. Resultados de actividad-lista de espera – Espera media global de primeras consultas – Espera media de intervenciones quirúrgicas – Cumplimiento de la espera máxima de primeras consultas – Cumplimiento de la espera máxima de intervenciones quirúrgicas	100
10. Resultados económicos – Cumplimiento del compromiso de gasto acordado en el contrato de gestión – Mejora de la cuenta de resultados	100
11. Resultados clínicos (calidad técnica) – Indicadores de calidad – Promoción de la autoevaluación de calidad en los servicios	100
Puntuación total	1.000

SNS-O: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Figura 2. Peso de los objetivos que forman parte del contrato-programa.



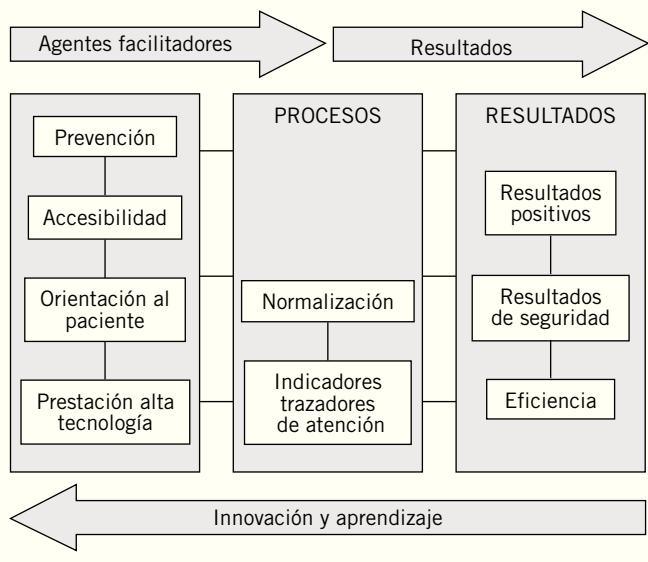
nados procesos clínicos en el ámbito de la AE, asignando y midiendo unos atributos de calidad en cada uno de ellos. El propósito que persigue el modelo es garantizar y evaluar la calidad de atención de los procesos clínicos prioritarios a través de la mejora de la gestión de la asistencia sanitaria. El proceso clínico constituye el elemento clave de diálogo entre gestores y clínicos y representa el eje rector sobre el que pivota el modelo.

El modelo MAPPA-Horizonte se basa en 2 pilares fundamentales. El primero de ellos tiene como objetivo determinar qué procesos clínicos son prioritarios y, por tanto, en qué procesos clínicos se van a invertir los principales esfuerzos de mejora en los próximos 3 años. Para la elección de los procesos clínicos prioritarios se tiene en cuenta una serie de criterios, como la trascendencia (frecuencia, carga de la enfermedad, coste, etc.), las potenciales áreas de mejora del proceso clínico (listas de espera, variabilidad en la práctica clínica, etc.) y la factibilidad en su implantación.

El segundo pilar se basa en determinar, de forma específica para cada uno de los procesos clínicos priorizados, los atributos de calidad más relevantes para mejorar los resultados en salud. La determinación de los atributos de calidad elegidos se realiza tras el análisis de un conjunto balanceado de atributos de calidad (fig. 3; tabla 4). Este análisis se hace necesario, ya que es diferente la importancia relativa que los distintos actores (ciudadanos, profesionales y administración) conceden a los atributos de calidad. Los ciudadanos son muy sensibles a los elementos de cali-

dad percibida (empatía, trato, información, etc.), a los tiempos de espera y a la utilización adecuada de los recursos que se destinan a través de sus impuestos. Los profesionales se suelen centrar más en criterios de calidad científico-técnica y la administración prioriza la eficiencia global del

Figura 3. Factores de calidad del modelo MAPPA-Horizonte.



**Tabla 4. Factores y atributos de calidad del modelo MAPPA-Horizonte**

Factores	Atributos
Prevención	Programa de prevención primaria Programa de prevención secundaria
Accesibilidad	Lista de espera Agilidad
Orientación al paciente	Libre elección Personalización Información específica Satisfacción
Casuística	Casuística/prestaciones de alta tecnología
<b>Procesos</b>	
Normalización	Normalización del circuito asistencial Normalización de la indicación/derivación Normalización de la confirmación diagnóstica Normalización de la indicación terapéutica Normalización de la aplicación diagnóstica y terapéutica Normalización de los planes de cuidados Normalización de la continuidad de cuidados
Indicadores de proceso	Indicadores trazadores de atención
<b>Resultados de la atención</b>	
Atención positiva	Efectividad Utilidad
Resultados de seguridad	Mortalidad Infecciones nosocomiales Indicadores relacionados con los cuidados: úlceras por presión, caídas, errores en la medicación, etc. Complicaciones específicas
Eficiencia clínica	Reproceso, estancia media, utilización adecuada, reintervenciones

sistema y se centra en valores como la equidad. La metodología MAPPA-Horizonte pretende facilitar la integración de las distintas perspectivas de lo que se considera un servicio sanitario de calidad.

Por tanto, cada proceso clínico priorizado va acompañado de un conjunto de atributos referidos a diversas dimensiones de calidad. Los atributos de calidad con sus indicadores representan las especificaciones de calidad en la prestación de los procesos clínicos. Con esta configuración, el modelo MAPPA-Horizonte constituye también un cuadro de mandos clínico.

Una vez finalizada la fase de diseño metodológico del modelo MAPPA-Horizonte, realizada durante los 2 últimos años, se han elegido los procesos clínicos prioritarios a actuar en toda la red durante los próximos 3 años, y en estos momentos se están constituyendo los grupos de trabajo.

Este mismo enfoque es el que tiene que desplegar cada centro y cada unidad clínica mediante la identificación de sus procesos prioritarios y la selección de los atributos de calidad que hay que desarrollar.

#### ***Estrategias corporativas de análisis de la percepción de distintos actores del sistema sanitario***

##### ***Satisfacción de los pacientes***

Se han realizado 10.000 encuestas telefónicas durante 3 años consecutivos para conocer la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad percibida de los centros y unidades clínicas pertenecientes al ámbito de AE en la modalidad de consulta, de ingresos y de urgencias.

El cuestionario utilizado es una mezcla entre un cuestionario de satisfacción y un informe de pacientes y con el tiempo ha ido evolucionando, aunque mantiene un cuerpo común de preguntas.

El marco del muestreo es el servicio clínico, de forma que se pueden extraer conclusiones de cada unidad clínica (alrededor de 100 para el conjunto de centros) y, además, establecer comparaciones con otros servicios de su mismo centro, con el conjunto de unidades de la red de AE del SNS-O y con otras unidades clínicas de la misma especialidad. El resultado de estas puntuaciones se incorpora tanto a los Contratos-Programa como a los pactos de gestión.

Las puntuaciones medias alcanzadas para cada modalidad de atención fueron de 9 puntos para la modalidad de ingresos, de 8,5 para la de consultas y de 7,8 para las urgencias hospitalarias (escala de 0 a 10). Las principales áreas de mejora detectadas son las relacionadas con la información proporcionada a los pacientes y las listas de espera.

##### ***Clientes internos***

El objetivo de este proyecto es obtener opiniones "profesionales" a través de un sistema cruzado de evaluación para ver el grado de satisfacción de unos servicios con otros y, sobre todo, detectar áreas de mejora en la coordinación entre servicios. La población objetivo han sido los especialistas de 3 ámbitos diferentes: AP, servicios centrales de AE y AE, con la exclusión de servicios centrales. Se trata, por lo tanto, de evaluar a clientes internos. Se ha diseñado un cuestionario y se ha realizado un trabajo de campo en un área de salud. Este instrumento permitirá la generalización de la evaluación al resto de los centros de la red.

##### ***Lista de espera***

El objetivo de este proyecto es doble. Por una parte, conocer los tiempos reales y percibidos que los pacientes tienen que esperar hasta finalizar el proceso diagnóstico y terapéutico en el ámbito de la AE en el SNS-O; por otra, conocer el tiempo adecuado de espera según la opinión de los pacientes, así como las repercusiones que tiene la espera en el ámbito social, laboral y en la salud de los pacientes. Para ello, se han realizado entrevistas telefónicas durante 2 años consecutivos a un total de 2.885 pacientes y se ha realizado una

revisión y análisis de 1.807 registros clínicoadministrativos para analizar los datos de espera.

#### *Encuestas de coordinación entre atención primaria y atención especializada*

Dentro del marco del Plan de Coordinación de Atención Primaria con Atención Especializada<sup>3-5</sup> se realizan con carácter anual (3 ediciones) encuestas de coordinación AP-AE y estudios de evaluación de la calidad de los volantes.

#### *Imagen y confortabilidad*

El servicio de evaluación y control de atención no sanitaria ha diseñado e implantado parcialmente un plan para la mejora de la imagen de la organización, la mejora del bienestar, dignidad e intimidad de pacientes y acompañantes.

#### *Calidad en la coordinación primaria-especializada*

En los años 1998 y 1999, como acciones previas al Plan de Coordinación, se reguló la libre elección de especialista y la atención personalizada en el ámbito del Servicio Navarro de Salud, se implantó la libre elección de especialista y se creó la figura de coordinador de asistencia ambulatoria en 12 especialidades, y se elaboraron las bases del Plan de Coordinación.

El SNS-O, en el año 2000, elaboró un Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada<sup>3</sup>, con el objetivo general de "garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales".

Los objetivos estratégicos que persigue el Plan son:

- Garantizar una adecuada atención al paciente, continua y personalizada.
- Mejorar los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de los pacientes.
- Formalizar un pacto anual entre AP y AE orientado a reequilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados.
- Establecer cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales.
- Priorizar áreas clínicas susceptibles de mejora y promover planes de mejora consensuados.
- Impulsar la implicación conjunta de la AP y la AE en el uso racional de medicamentos.
- Desarrollar una estrategia de formación permanente.

La estructura de coordinación está formada por una dirección técnica (Subdirector de Coordinación de Asistencia Ambulatoria), un comité técnico, una unidad técnica y los responsables de la coordinación clínica (jefes de servicio y, en su caso, los coordinadores ambulatorios en el ámbito de asistencia especializada, los directores de los centros de atención primaria y, en su caso, los responsables de los planes de mejora de cada especialidad).

Para el logro de dichos objetivos se define una serie de acciones con un cronograma de actuaciones. Desde el año

2001, estas acciones se han concretado en un pacto anual de coordinación entre AP y AE<sup>4-6</sup> que se evalúa anualmente y en el que, además de un pacto de oferta-demanda con objetivos de demora y previsión de actividad, hay acciones para ir avanzando en cada uno de los objetivos estratégicos del Plan.

Un hito importante en el Plan fue la constitución, en el año 2001, de 18 grupos de mejora en la coordinación, uno por especialidad. A cada grupo de mejora se le encargó realizar un análisis de la situación de la coordinación en su especialidad, un plan de mejora orientado a promover la calidad y la continuidad de la asistencia al paciente, incrementar la capacidad de resolución de la AP, simplificar y racionalizar los circuitos asistenciales y elaborar la batería de criterios clínicos de adecuada remisión de pacientes, y hacer un seguimiento de la situación de la lista de espera y del cumplimiento de los objetivos al respecto establecidos en el pacto.

Como fruto del trabajo de estos grupos de mejora, junto con el apoyo de un programa docente dirigido desde AP, se destacan las siguientes mejoras conseguidas:

- Extensión del control de la anticoagulación oral desde AP en las 3 áreas.
- Plan personalizado para pacientes con riesgo cardiovascular incorporado a la herramienta informática de historia clínica de primaria.
- Extensión del acceso a las gastroscopias.
- Guía de patología tiroidea. Revisión, adaptación de la guía de enfermedad con reflujo gastroesofágico (ERGE) y extensión de la guía de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Circuitos rápidos de acceso a especializada en sospecha fundada de cáncer en fase de pilotaje.
- Reformulación de circuitos asistenciales en patología cardíaca grave, reagudización de EPOC, revisiones de más de 6 meses, etc.
- Revisión, ampliación y extensión a todos los EAP del área de Pamplona del nuevo catálogo de exploraciones complementarias accesibles desde AP.
- Realización de sesiones clínicas de coordinación en los centros de AP en las especialidades de dermatología, endocrinología, neurología y salud mental.

A partir del año 2002, se incluyen los objetivos específicos de cada uno de los comités de mejora en el pacto de coordinación, el cual se evalúa anualmente, y los resultados de la evaluación se presentan en una jornada anual de coordinación con la participación de aproximadamente 250 personas de ambos ámbitos de atención.

Además de las acciones derivadas directamente de los trabajos de los comités de mejora, a continuación se detallan las acciones más importantes ya realizadas y que han contribuido a mejorar la calidad de la coordinación:

- Nueva regulación e implantación del funcionamiento de las consultas para asegurar la realización de las consultas preferentes en el plazo máximo de 10 días.
- Remisión electrónica de informes de consultas y de alta hospitalaria al médico de cabecera en toda Navarra.
- Acceso desde AP a la historia clínica de AE y acceso desde AE a la historia clínica de AP. Acceso informático a los

resultados de analíticas desde todos los centros de salud y los hospitales.

- Mejora de la accesibilidad con citación a AE desde los centros de salud y centros de atención a la mujer. Citación desde los centros de salud a algunas pruebas complementarias. Citación desde los servicios de Urgencia.

- Se dispone en la Intranet de la información del origen de las consultas, lo que permite evaluar mensualmente el pacto oferta-demanda. Remisión individual por profesional de tasas específicas de derivación.

- Planes de mejora elaborados en las principales especialidades con protocolos y guías disponibles en Intranet.

Actualmente se está trabajando en los siguientes objetivos:

- Extensión de la cita descentralizada en la última área de salud pendiente.

- Diseño de la información de la historia clínica que debe ser visualizada en la primera pantalla, historia clínica común, independientemente de donde se haya recogido (AP o AE).

- Pilotaje de los criterios de derivación por sospecha fundada de cáncer en 3 tumores y validación de los criterios de otros 4 tumores.

- Extensión de las sesiones de coordinación a otras especialidades.

- Extensión de la autogestión de citas sucesivas a más especialidades.

- Acceso automatizado del volante de AP desde la historia clínica de primaria a la de especializada.

- Diseño de una aplicación en Intranet que facilite la comunicación entre clínicos.

- Grupo de trabajo para el diseño de un programa de mejora de la atención al dolor en Navarra.

- Objetivos anuales de los comités de mejora.

### Ayopos docentes en materia de calidad

El Plan Docente del Departamento de Salud ha apoyado, a través de numerosas acciones formativas, tanto la difusión de la cultura de calidad en el sistema sanitario como la adquisición de habilidades y herramientas necesarias para la implantación efectiva de los distintos proyectos de calidad. En la tabla 5 se recogen las actividades formativas relacionadas con la calidad en los últimos 5 años. Se ha impartido un total de 1.207 h docentes de formación en distintos aspectos relacionados con la gestión de la calidad. El número de profesionales que han participado como alumnos asciende a 1.219.

### Certificaciones, reconocimientos y horizonte en gestión de la calidad

Navarra albergó en el año 2002 el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, en el que asistieron 672 profesionales que participaron con 612 comunicaciones<sup>7</sup>.

### Acreditaciones

Una línea de trabajo en marcha es el impulso de la gestión de procesos en los servicios centrales con la finalidad de

Tabla 5. Actividades formativas en gestión de la calidad entre el año 1999 y el año 2003

Nombre del curso	N.º de horas de formación	Alumnos
Evidencia científica y sus aplicaciones en la toma de decisiones	40	43
Nuevas formas de gestión contractual	18	23
Herramienta para la gestión clínica. Acuerdos de la gestión clínica	133	116
Gestión clínica hospitalaria	150	100
Gestión clínica en las unidades de enfermería	36	51
Métodos, bases conceptuales y estrategia de implantación de un programa de gestión de calidad	47	55
Evaluación y mejora de la calidad en la atención sanitaria	300	392
Formación de tutores para la supervisión de la formación a distancia en círculos de mejora de la calidad	28	36
Supervisión de la gestión de la calidad en los servicios sanitarios	44	78
Elaboración de planes de mejora de calidad en los equipos de atención primaria	16	28
Seminario de protocolos clínicos	28	47
Guías de práctica clínica	41	47
Gestión de procesos	18	20
Sistemas de calidad integral: Modelo EFQM	16	24
Relaciones humanas en los servicios de salud	276	151
La comunicación como herramienta de mejora de la calidad en la atención del paciente	16	8
Total	1.207	1.219

mejorar, adecuar su funcionamiento y conseguir la certificación/acreditación por las normas correspondientes. En la actualidad, 2 laboratorios han conseguido ser acreditados o certificados por las normas ISO.

El Laboratorio del Instituto de Salud Pública de Navarra obtuvo en 1999 la acreditación de la Entidad Nacional de Acreditación para la realización de ensayos químicos y microbiológicos de productos alimenticios, con lo que se culminó el proceso de implantación del Sistema de Calidad, iniciado en 1996; los criterios técnicos entonces vigentes estaban recogidos en la norma europea EN 45001. En los años sucesivos, el Laboratorio ha continuado ampliando el alcance inicial de la acreditación, tras superar las correspondientes auditorías anuales. En 2002, se obtuvo la acreditación con la nueva norma de calidad UNE-EN ISO/IEC 17025. Por último, en enero de 2004, el sistema de calidad del Laboratorio se sometió a una auditoría de reevaluación; el alcance actual en cuanto al producto/material a ensayar incluye aguas de consumo, superficiales, residuales, envasadas, de piscina y de sistemas de refrigeración, los alimentos, los productos cárnicos y las conservas.

El Laboratorio de Análisis Clínicos en las áreas de bioquímica y hematología del Hospital Reina Sofía de Tudela obtuvo la Certificación ISO 9001:2000 en el año 2003.

Por otra parte, el Comité Asistencial de Ética (CAE) del Hospital Virgen del Camino y del Hospital de Navarra recibieron en el año 2002 la acreditación oficial del Departamento de Salud de Navarra.

### **Reconocimientos**

El premio "Diario Médico a la gestión en Atención Primaria" fue otorgado en el año 2002 al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por el Plan de Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada.

Por otra parte, la metodología utilizada para el diseño y análisis de la información, obtenida a partir de las encuestas de satisfacción de los pacientes en el ámbito de AE, ha sido seleccionada como mejor práctica para representar a España en la Unión Europea en la Third Quality Conference for Public Administration in the European Union que se celebrará en Rotterdam (Países Bajos) del 15 al 17 de septiembre de 2004.

### **Horizonte**

La alta satisfacción de los ciudadanos navarros con la atención sanitaria proporcionada no nos debe servir de excusa para una actitud de autocomplacencia. Las áreas de mejora que perciben los ciudadanos no se relacionan con la confianza técnica, sino con las distorsiones que se producen en el acto de servicio (excesiva burocratización, listas de espera, no personalización de la atención, etc.). Todo ello nos induce a pensar que el camino por recorrer en la gestión de la calidad en nuestra comunidad es todavía largo, y será la implicación y el entusiasmo de todos y cada uno de los profesionales que formamos parte del sistema sanitario público de Navarra lo que hará posible que el futuro sea mejor que el presente.

### **Bibliografía**

1. Guía del Plan de Gestión de Equipos de Atención Primaria 2002-2003. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2002.
2. Rodrigo I, Gabilondo L. Evaluación de los Pactos de Gestión Clínica. Ponderación de objetivos [en prensa]. Rev Calidad Asistencial, 2004.
3. Rodrigo I, Gabilondo L, Montes Y. Mejorando los resultados de salud. El Modelo MAPPA-Horizonte. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2003.
4. Plan de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
5. Primer Pacto de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Servicio de Análisis y Control Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2001.
6. Pacto de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Servicio de Análisis y Control Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2002.
7. Pacto de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Servicio de Análisis y Control Asistencial. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2003.
8. Rodrigo I, Ayerdi K, Viñes JJ, Calleja V, Muru A, Urdin C. XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Cuatro días de calidad en Navarra. Rev Calidad Asistencial 2003;18:178-84.
9. Aldaz P, Eciolaza M, García JA, Goñi S, Zudaire B. Patología vascular en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
10. Arroyo P, Calvo K, Granado A, Nuin MA, Orue M, Paloma MJ, et al. Anticoagulación oral en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2002.
11. Aguirre M, Ayerra A, Carpintero M, Colomo A, Esandi N, Michel J, et al. EPOC en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2002.
12. Arbillal O, Egurza I, García E, Litago C, Zubicoa J. Valoración del anciano en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
13. De Miguel M, Díaz A, Flores U, Goñi C, Nadal I, Pelach R, et al. Patologías infantiles. Protocolos de actuación. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2002.
14. Parra A, Sada J, Urdánoz MJ. Cirugía Menor en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 1997.
15. Alastuey M, Arriazu M, Artazcoz J, Artundo MJ, Brieva E, Cardona F, et al. Atención a la población infantil y adolescente. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
16. Amézqueta C, Berjón J, Salaberri A, Serrano M. Riesgo cardiovascular en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2003.
17. Atienza P, Buil P, Gimeno A, Gurpegui JR, Hidalgo A, Izco T, et al. La lumbalgia en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.

18. Giacchi A, Martínez D, Rodrigo M, Zabal R. Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
19. Ayarra M, Lasanta MJ, Yurss I. Cefaleas en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000.
20. Alonso MF, Belarra R, Compains B, Iribarren MJ, Mainer A, Mayorga R, et al. Programa de detección precoz y actuación en patología mental severa y grave riesgo psicosocial en la primera infancia (0-6 años). Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, Departamento de Educación y Cultura. Departamento de Salud, 2002.