



ELSEVIER
DOYMA

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ARTÍCULO ESPECIAL

Desayuno con expertos: calidad e innovación

Juan Fernández-Martín^{a,*}, Eduardo González-Lombide^b, Álvaro Santos-Gómez^c
y Arantxa Retes Saratxaga^d

^aServicio de Investigación, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Toledo, España

^bDirección Gerencia, Gerencia de Atención Primaria de la Comarca de Gipuzkoa Ekiadde, Osakidetza, España

^cDirección Gerencia, Gerencia Única de Puertollano, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, España

^dDirección Económico-Financiera, Gerencia de Atención Primaria de la Comarca de Gipuzkoa Ekiadde, Osakidetza, España

Recibido el 29 de diciembre de 2008; aceptado el 16 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Participación del paciente;
EFQM;
Innovación en la gestión

Resumen

Durante el 26.º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, celebrado en Zaragoza en octubre de 2008, tuvimos la oportunidad de asistir a la presentación de un nuevo formato de ponencia denominado "Desayuno con expertos". Esta innovación, propuesta por el Comité Científico y conducida por dos profesionales innovadores con amplia experiencia, trataba de crear un ambiente distendido, en un grupo pequeño de asistentes, para reflexionar sobre temas de actualidad en gestión sanitaria. Este trabajo intenta recoger las reflexiones de los expertos y participantes en aquella experiencia.

Es evidente que si una de las maneras de enriquecer el camino de la mejora continua es aprender de los avances más innovadores, en este desayuno tuvimos ocasión de comprobarlo al conocer de cerca dos experiencias en esta línea. En la primera de ellas, (Gerencia del área de Puertollano), se utilizan modelos conocidos de gestión de calidad y sostenibilidad (EFQM, GRI) y se apuesta por la participación ciudadana en gestión como herramienta de cambio; en la segunda, en la Comarca Ekiadde de Atención Primaria de Osakidetza, se viene trabajando en la aplicación del modelo de gestión de calidad europeo con el objetivo de consolidar la mejora alcanzada y, sobre esta base, introducir cambios innovadores en la organización.

En definitiva, en estos momentos en los que la mejora de la calidad necesita de cambios importantes e innovadores, estas y otras experiencias demuestran que metodologías como el modelo EFQM, la asunción de la sostenibilidad o la participación ciudadana, son válidas para lograr mejoras determinantes en nuestros servicios sanitarios.

© 2008 Sociedad Española de Calidad Asistencial. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jfernandezm@ccm.es (J. Fernández Martín).

KEYWORDS

Patient involvement;
Total quality
management;
Organizational
innovation

Talking with experts: quality and innovation**Abstract**

The 26th Congress of the Spanish Society for Healthcare Quality was held in the city of Saragossa, Spain, in October 2008. The Scientific Committee introduced a new session format, called "breakfasting with experts". The aim was to create a relaxed atmosphere, in which participants and experts could debate several matters. In this case, population involvement in Health care services planning and innovation, were examined.

Firstly the Puertollano Health District (Ciudad Real) talked about their very interesting and practical experience with patient involvement. Then the Primary Health Care District of Ekielde (Gipuzkoa) discussed the effort of continuous improvement in achieving innovative changes.

Both experts, and some other input from the participants, led to the discussion of interesting ideas and assured the success of this session. These experiences can lead to substantial improvement in health care services.

© 2008 Sociedad Española de Calidad Asistencial. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

"Que la comida sea tu alimento y el alimento tu medicina."
Hipócrates

Introducción

Un reciente informe de PricewaterhouseCooper, llamado "The quality conundrum", señala que los servicios sanitarios buscan un alto nivel de calidad, pero constata que este objetivo sigue sin alcanzarse a pesar de que se viene trabajando desde hace muchos años en este sentido. Los esfuerzos realizados hasta ahora resultan demasiado localizados y los resultados, salvo excepciones, insuficientes o no demostrados adecuadamente. Para superar esta situación, es necesario seguir introduciendo cambios en la gestión de los servicios sanitarios. A continuación, se resumen dos interesantes experiencias innovadoras, presentadas durante el 26.º Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.

La participación ciudadana en la planificación y la gestión de los servicios sanitarios

Si partimos de que los elementos fundamentales que sostienen el sistema de salud son los políticos, los gestores, los proveedores y los profesionales, es imprescindible establecer su relación y alineación con el ciudadano, como eje central del sistema. Hasta ahora, la participación del ciudadano se ha centrado en involucrarlo en su propio proceso asistencial. Pero la línea de trabajo realmente innovadora es la participación del ciudadano en la planificación y la gestión de su servicio de salud. Para ello, en la mayoría de las comunidades autónomas se han creado los consejos de salud de zona o de área. En ellos, se produce una participación consultiva y, la mayoría de las veces, se convierte en un instrumento político, sin lograr sus objetivos.

Para participar hay que estar formado e informado. En España hay un cierto asociacionismo, que por ahora está

muy parcelado, con bastantes asociaciones centradas en sus intereses particulares. Puertollano es una ciudad industrial de tradición minera, con trayectoria de participación, en la que hay más de 600 asociaciones acreditadas. El Gobierno de Castilla-La Mancha decidió poner en marcha en esta ciudad un proyecto piloto, para lo cual se diseñó un nuevo modelo de participación. En él, por primera vez, el ciudadano tiene alicientes para participar. Se han ido constituyendo nuevos órganos de participación: el foro de salud de área, el consejo de participación y administración de área sanitaria y el foro virtual regional de salud, para permitir a los ciudadanos participar de una manera regular en todos los ámbitos. Esta propuesta fue debatida y analizada en dos reuniones de trabajo, en las que asistieron y participaron más de 200 agentes clave de salud: representantes de asociaciones ciudadanas y de pacientes, profesionales sanitarios, expertos en participación comunitaria y representantes de la Administración.

El foro participativo de salud de área es un órgano de participación directa institucional y comunitaria; su principal base de funcionamiento es el movimiento asociativo (asociaciones ciudadanas y asociaciones de pacientes); está integrado por representantes de la Administración y de los ciudadanos. La estructura de funcionamiento es una asamblea plenaria y un consejo del foro. La asamblea participativa es el órgano de encauzamiento de las propuestas ciudadanas del área de salud de contenido presupuestario de interés general, e integra a todos los miembros del foro participativo. El consejo del foro es el órgano de debate y coordinación de las propuestas ciudadanas, que emanen de la asamblea participativa, e integra a los representantes de las asociaciones y organizaciones sociales y sanitarias legalmente constituidas en el ámbito del área de salud. La finalidad de los foros participativos es deliberar, planificar y elaborar propuestas ciudadanas para el presupuesto participativo, y defenderlas ante el consejo de participación y administración de área. Esas propuestas presupuestarias están relacionadas con: atención primaria, atención especializada

da, acciones públicas relativas a la salud, epidemiología y promoción de la salud, sanidad ambiental e higiene de los alimentos, inspección y calidad sanitaria.

El consejo de participación y administración de área es el órgano coordinador de participación del área de salud, y está formado por representantes del foro participativo de salud de área y del consejo de salud de área, así como por responsables de gestión, representantes de la Administración y el gerente del área. Su finalidad es debatir y priorizar las propuestas del foro participativo, del consejo de salud, de los consejos de salud de zona, del gerente y del foro virtual, todo ello en el marco del Plan de Salud y del Contrato de Gestión. Las propuestas emanadas de este consejo se remiten al director gerente del SESCAM para su discusión y aprobación con el gerente del área. Una vez aprobadas, se remiten de nuevo al consejo del foro de participación para su conocimiento y traslado a la Consejería de Sanidad para su incorporación a la propuesta presupuestaria anual. Por último, el foro virtual regional de salud es el cauce principal de participación individual a través de una página web del SESCAM, que recoge todas las propuestas y sugerencias y las eleva a la asamblea del foro participativo de salud de área correspondiente.

Estos nuevos órganos de participación se han establecido en el Decreto 61/2007, de 15 de mayo, de ampliación de los órganos de participación del Área de Salud de Puertollano, que aumenta los cauces de participación existentes y que se está desarrollando inicialmente en el Área de Salud de Puertollano (Ciudad Real), previamente a su extensión a la totalidad del sistema sanitario regional. Para implementar el nuevo modelo de participación ciudadana se eligió el Área de Salud de Puertollano por varias razones; principalmente, porque es un área donde se está aplicando otra experiencia: la unificación de los dos niveles asistenciales (primaria y especializada), con un modelo de gestión integral, y por ser una zona donde el movimiento social participativo es bastante importante.

En septiembre de 2007, desde los servicios centrales del SESCAM y la Gerencia de Área de Puertollano se elaboró un plan de puesta en marcha del nuevo modelo. Para ello, se destinó a un técnico sanitario y se creó un grupo de trabajo. La primera acción fue celebrar una jornada de formación en la que se trataron los siguientes temas: la participación ciudadana en salud, en los presupuestos participativos, el contrato de gestión y la organización sanitaria. En un primer momento el grupo diseñó el Reglamento del foro participativo que se llevaría a la primera asamblea del foro que se realizase, para su discusión y aprobación si así se acordaba. Posteriormente, para la celebración de la primera asamblea, se realizaron reuniones con numerosas asociaciones en varios de los municipios con el objetivo de informarles del nuevo modelo de participación y animarles a implicarse en él. Después se realizó una convocatoria pública por diferentes medios, promoviendo la participación del movimiento asociativo en el foro participativo. Se acreditaron 43 asociaciones, se constituyeron en asamblea del foro y se eligió a los componentes del consejo del foro, la coordinadora, la secretaria y los dos representantes del foro en el consejo de participación y administración del área. Seguidamente se aprobó el Reglamento interno del foro participativo.

En los siguientes días se abrió un plazo de presentación de propuestas al contrato de gestión del área de salud, en la que podían participar todas las asociaciones colectivas acreditadas o bien individualmente a través del foro virtual, que se creó también en enero; se recibieron 78 propuestas, 27 de las cuales fueron aprobadas en la asamblea del foro y, posteriormente, se derivaron al consejo de participación y administración del área. Éste se constituyó el 31 de enero; su composición fue la siguiente: 4 representantes de la administración sanitaria, 1 representante de asociaciones vecinales, 2 representantes de asociaciones sanitarias, 1 representante de las organizaciones empresariales y 1 representante de las organizaciones sindicales. Se analizaron las propuestas al contrato de gestión derivadas del foro participativo, y se admitieron 11 de ellas, que fueron enviadas al director gerente del SESCAM para su posterior discusión en el contrato de gestión del área. Estaban relacionadas con recursos humanos, recursos materiales, colaboración con asociaciones, organización y nuevas acciones; en concreto, se solicitaron nuevos profesionales (neurólogo y enfermeras), nuevos recursos (mamógrafo y ortopantomógrafo), puesta en marcha del Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Almadén, promoción y potenciación de las colaboraciones con asociaciones de pacientes, coordinación de los profesionales que atienden aspectos de fibromialgia, nueva organización de las citaciones y creación de la Oficina de Participación Ciudadana en el área. De estas propuestas, el 97% fueron incluidas en el contrato de gestión del área. Por otra parte, para la evaluación y el seguimiento de este modelo de participación se ha firmado un convenio de colaboración con el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA-CSIC), organización que tiene una amplia experiencia en análisis de procesos participativos.

Como conclusión, hemos de destacar la acogida positiva del movimiento asociativo del Área de Salud de Puertollano a la hora de implicarse en esta novedosa experiencia, el apoyo técnico del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y de la Gerencia Única del Área de Puertollano, y el apoyo político de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha en este proyecto de democracia deliberativa. Es necesario seguir avanzando para conseguir más apoyo por parte de los profesionales, de forma que no sientan este tipo de experiencias participativas como una amenaza, sino como una oportunidad de trabajar con el ciudadano en asuntos que nos conciernen a todos.

La innovación en el ámbito sanitario

Razones para implantar la gestión de la excelencia EFQM

Considerando que Osakidetza-Comarca Ekiadde es una organización sanitaria pública y, por lo tanto, debe orientar y desarrollar su sistema de gestión para satisfacer las necesidades de los grupos de interés y principalmente de sus pacientes, se decidió en 1999, con el primer Plan Estratégico, asumir el Modelo de Excelencia en la Gestión como instrumento para conseguir el objetivo mencionado. Esta decisión se basó en la constatación de que las empresas que utilizaban sistemas de gestión excelentes mejoraban clara-

mente sus resultados, cualesquiera que fuera su actividad. Para desarrollar esta opción de modelo de gestión se definió, en el año 2000, el Proyecto Hobebidean (traducido del Euskera como “en el camino de la mejora”), que aglutinaba todas las acciones necesarias para poder realizar la implementación del modelo de gestión elegido. Fruto de la actividad desarrollada por sus equipos de trabajo:

- Ese mismo año, se formula la misión -visión-valores de la comarca.
- En 2001, se identifica, estructura e implanta el mapa de procesos.
- Se asume la participación y el liderazgo como base de la motivación y la implicación de las personas como piedra angular de un sistema de gestión basado en las personas. En el momento actual hay 80 foros de participación interna de las personas en la gestión de la comarca y 48 de diferentes grupos de interés externos. Respecto al liderazgo, desde 2001 están cubiertas las 23 plazas de jefe de unidad y se cuenta con la colaboración de 133 líderes en diferentes campos.
- Se empieza a realizar autoevaluaciones tanto en la comarca como en los centros, para conocer el punto de partida respecto al sistema de gestión.
- Por último, se comienza a promover la implantación de sistemas estandarizados de calidad (ISO 14001 e ISO 9001).

Este enfoque tuvo como objetivo principal cumplir la misión, acercarse a la visión y asumir los valores derivados de la sostenibilidad en la gestión de la asistencia y la capacidad de innovación en proyectos clínicos y de gestión.

Evolución mediante la mejora continua

Los procesos han constituido siempre la base fundamental de la gestión de la comarca y la fuente más importante de áreas de mejora del sistema. Sus sucesivas revisiones han conseguido asentar la evolución hacia un sistema más sencillo y manejable, han supuesto la demostración palpable de su progresiva maduración y han conducido a la implantación de un número muy importante de áreas de mejora cruciales en el enfoque de su propio funcionamiento. Así, en las derivadas de la evaluación EFQM europea de 2007, realizada por un equipo de expertos que entrevistaron al 16% de la plantilla, se recomendaba:

1. Respecto a la gestión por procesos:

- Realizar *benchmarking* y comparaciones con otros países y otros sectores productivos no sanitarios.

2. Respecto a los indicadores:

- Mantener aquellos imprescindibles para gestionar (no más de 30).
- Monitorizar, como indicadores centinela, todos los requeridos por SSOC u otras actividades.
- Crear indicadores específicos para los nuevos proyectos.

Esta asunción implica tomar conciencia del valor que supone incorporar las mayores dosis posibles de cordura a la

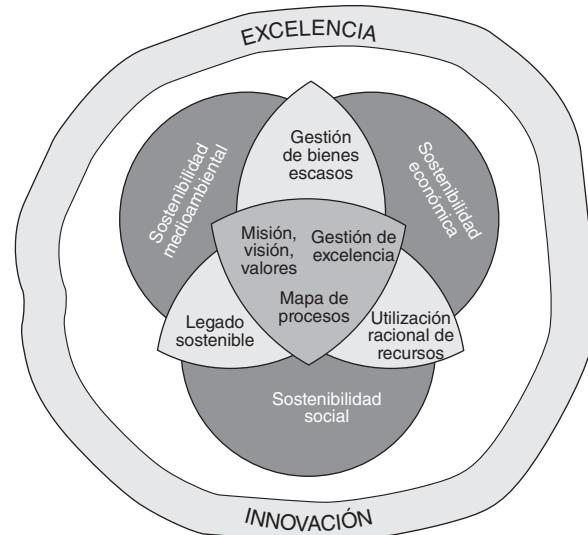


Figura 1 El sistema de gestión de la excelencia Hobebidean.

gestión con el fin de traspasar íntegro el legado recibido a nuestros descendientes. El sistema de gestión de la excelencia Hobebidean (fig. 1), por lo tanto, ha recorrido los siguientes pasos:

1. Desde 2001 desplegó todas sus actuaciones, bajo la tutela del recién identificado proceso de mejora continua.
2. En los años siguientes se ha acercado progresivamente al cumplimiento de su misión.
3. Por último, en 2008, Hobebidean, ya constituido en proceso de mejora continua, nos ha situado en el siguiente escalón de la mejora continua: la innovación sostenible.

Asunción de la innovación como presente y futuro

Como resultado de la implantación de las áreas de mejora de la evaluación EFQM europea de 2007, en la que resultamos finalistas al Premio europeo con más de 600 puntos, se incorporó como fuente principal de mejora la innovación basada y orientada en las personas, pero tomando siempre como base indispensable la consolidación definitiva del sistema de gestión de la excelencia. Esta incorporación se produce cuando se fue capaz de interiorizar que la actividad sanitaria se halla inmersa en un mercado globalizado y, por lo tanto, se encuentra sujeta a cambios sociales, económico-financieros, tecnológicos y terapéuticos constantes, que suponen la asunción sostenible de muchos de ellos. Los tres actores principales de este esquema (fig. 2) son:

- Las personas, al constituir la base fundamental de la innovación.
- La sociedad, que debe ser capaz de ofrecerles educación, formación, cultura y valores orientados a la innovación.
- Las empresas, que tienen el compromiso de promover actitudes de innovación con otras empresas para estimular iniciativas novedosas sostenibles.

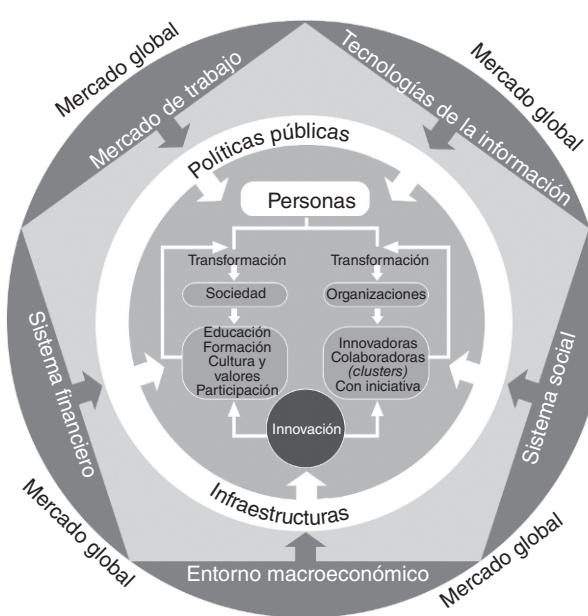


Figura 2 Modelo de innovación.

Así, en 2007, creamos un foro multiestamental, compuesto por 6 personas de la comarca que destacan por su espíritu emprendedor y por su implicación, al que hemos denominado “Foro permanente de inspiración para el aprendizaje, emprendizaje e innovación”. Su función es desarrollar un modelo de innovación sanitario sostenible en atención primaria basado en los avances que puedan suponer “cambios drásticos” en la mejora de la atención al paciente. Asimismo, la comarca, en la figura de su gerente, ha sido distinguida con la participación en el 2.º Foro de Transformación Empresarial de Innobasque (agencia vasca para la innovación), donde se relaciona con el sector empresarial más activo de nuestra comunidad en un proyecto común de innovación estructural de Euskadi hasta el año 2030.

Diálogo entre los asistentes y los expertos

En la asamblea, ¿cuáles son los criterios de acreditación de las asociaciones?

- Las asociaciones deben estar inscritas en la Delegación del Gobierno y después inscribirse en la asamblea de participación.
- En la asamblea también pueden inscribirse personas, con voz pero sin voto.
- Desde la Administración es necesario realizar actividades de formación y dinamización.
- Hay un trabajo continuo con las asociaciones, pues, de momento, miran más en sus intereses que en el bien colectivo.
- Hay tensión en la asamblea entre asociaciones.
- Hay un representante de la Gerencia que intenta moderar, sin manipular.

—Las asociaciones de enfermos tienen unos intereses muy concretos.

¿Cómo se gestionan las propuestas “imposibles”, de alto coste, por ejemplo?

El Contrato de Gestión tiene unos límites presupuestarios, por lo que las propuestas no pueden sobrepasar estos límites. Lo que se hace es que dentro de este contexto se priorice qué se aprueba y qué se deja fuera. También se establecen compromisos a conseguir en varios ejercicios (sobre todo, en las propuestas que se refieren a mejoras de las infraestructuras). En el Contrato de Gestión se recoge el motivo por el que una propuesta es rechazada.

¿Qué se puede considerar un cambio realmente innovador?

La innovación es un cambio, un avance drástico y novedoso. Los cambios más innovadores, más drásticos, son los más atrevidos. La participación ciudadana propuesta por Puerto Llan, por ejemplo, sería un cambio de este estilo. Los grandes cambios de cultura, conceptuales, son cambios e innovaciones muy importantes. Otros cambios importantes pero del ámbito más sanitario pudieran ser: implantación de un sistema de RAC (recepción, análisis y clasificación de pacientes), prescripción de enfermería, autocuidados promocionados por paciente experto, etc.

¿Hay incentivos para los responsables y líderes de procesos? ¿Están remunerados?

No hay incentivos económicos, pero el jefe de unidad incentiva, por ejemplo, por medio de días libres. No se ha llegado a acuerdos entre los jefes de unidad para homogeneizar otro tipo de incentivos, pero se está trabajando en ello. Los días libres, en la actualidad, causan algunas tensiones en el equipo, por la escasez de personal sanitario. No obstante, el jefe de unidad valora la actividad y el compromiso de los profesionales por la carrera profesional. Emite un informe que aprueba el director médico o de enfermería y, finalmente, pasa al gerente. Normalmente, los profesionales que lideran los procesos obtienen la valoración máxima. También utilizamos otras medidas: participación en congresos, formación, etc.

¿Cuál es el momento adecuado para plantear la innovación?

Una organización, para innovar, debe haber asentado su sistema de gestión de calidad, y debe tener una experiencia de mejora consolidada; de lo contrario, no se puede plantear cambios sustanciales. Las personas, en ese momento, ya están mentalizadas y formadas. La innovación únicamente es adecuada para modelos maduros.

Conclusiones

Desde el punto de vista metodológico, la propuesta del Comité Científico del 26.º Congreso de la SECA ha resulta-

do un éxito, ya que el nuevo formato atrajo gran interés y tuvo una participación muy activa y productiva. En cuanto a su contenido científico, cabe concluir que la búsqueda permanente de la mejora y la excelencia pasa, antes o después, por asumir medidas innovadoras, que pueden acarrear cierto riesgo. En ese sentido, la participación ciudadana, articulada correctamente, tiene el gran potencial de acercar al ciudadano a su sistema sanitario, hacerle partícipe en su gestión y planificación, aumentar su satisfacción y contribuir a su mejora constante. Asimismo, la aplicación continuada de un modelo de gestión de la calidad, como el EFQM, facilita la introducción progresiva de mejoras que desembocan en una verdadera innovación.

Bibliografía general

- Aho E. Creating an innovative Europe. Unión Europea. Bélgica, enero 2006.
- Biopolis. Inventory and analysis of national public policies that stimulate biotechnology research, its exploitation and commercialisation by industry in Europe in the period 2002-2005. National Report of Spain. DG Research. European Commission. Marzo 2007.
- Duman M. Producing patient information. Londres: Kings Fund; 2003.
- Gutiérrez R. Las prioridades de los usuarios. Mesa redonda: nuevas demandas de la sociedad. XIV Congreso Nacional de Hospitales. Zaragoza, 17-20 de mayo de 2005.
- Informe ASEBIO 2007 [citado 5 Oct 2008]. Disponible en: <http://www.asebio.com/publicaciones/index.cfm?pub=2>
- Legido-Quigley H, McKee Martin, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization; 2008.
- Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011. Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología. Julio 2007.
- Sistemas de gestión de calidad y responsabilidad social en organizaciones de pacientes. CGRP 25. FUNDAMED. Junio 2005.
- The quality conundrum: Practical approaches for enhancing patient care. Pricewaterhouse Coopers [citado 1 Oct 2008]. Disponible en. <http://www.pwc.com/extweb/pwcpublications.nsf/docid/c0204123b329c1d38525726700760e29>.