

Contribución de un programa de calidad asistencial al desarrollo de un Instituto de Gestión Clínica del Aparato Locomotor

M. Santiná^a, A. Combalía^b, A. Prat^a, S. Suso^b, M. Baños^b y A. Trilla^a

^aPrograma de Calidad Asistencial. Unitat d'Avaluació Suport i Prevenció. Dirección Médica. Hospital Clínic. Barcelona. España.

^bInstituto Especialidades Médicas y Especialidades Quirúrgicas. Instituto Clínic del Aparato Locomotor. Hospital Clínic. Barcelona. España.

En el año 1999 se constituye en el Hospital Clínic de Barcelona, el Instituto del Aparato Locomotor (ICAL), agrupación organizativa de los Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología y Rehabilitación. Al mismo tiempo, y con el objetivo de asegurar la calidad de este proceso de cambio, se diseñó un programa de calidad específico, en el que se definían objetivos de mejora a conseguir en un año natural y se monitorizaban una serie de indicadores de calidad, tanto técnica como percibida. Los resultados de estos últimos 5 años nos indican que se ha observado una mejora en la mayoría de indicadores (exceptuando los relativos a las infecciones quirúrgicas y las altas voluntarias), contribuyendo a la consolidación y el reconocimiento de este proyecto innovador en el Instituto de Gestión Asistencial de las Enfermedades del Aparato Locomotor, que sitúa al enfermo en el epicentro de la organización y a los médicos como auténticos gestores del mismo.

Contribution of a Healthcare Quality Program to the Development of an Institute for the Clinical Management of the Musculoskeletal System

In 1999, the Institute for the Musculoskeletal System (ICAL) was established in Barcelona's *Hospital Clínic* as an institution entrusted with the organization of the orthopedic and trauma surgery, rheumatology and rehabilitation services offered by the Hospital. At the same time, with a view to making sure that the change was as smooth as possible, a specific quality assurance scheme was implemented, whereby a series of improvements were identified as necessary, which had to be made within one calendar year, and a series of both technical and perceived quality indicators were identified for monitoring. The results obtained in the last five years show that there has been an improvement in most of the indicators (except those related to surgical infections and voluntary discharges), contributing to the strengthening and the prestige of this innovative Institute devoted to the management of musculoskeletal conditions, which makes the patient the focus of the healthcare effort and the physician the mainstay of clinical management.

Palabras clave: *gestión clínica, plan de calidad, aparato locomotor.*

Key words: *clinical management, quality assurance plan, musculoskeletal system.*

Correspondencia:

M. Santiná Vila.
Programa de Calidad Asistencial. UASP. Dirección Médica
Hospital Clínic.
C/ Villarroel, 170.
08036 Barcelona.
Correo electrónico: msantina@clinic.ub.es

Recibido: octubre de 2006.

Aceptado: mayo de 2007.

En 1998 el Hospital Clínic Universitario de Barcelona inició un proceso de reorganización interna global y progresiva, adoptando un modelo descentralizado de gestión clínica estructurado en función de la agrupación de pacientes según sus patologías.

El 12 de julio de 1999 la Junta Facultativa del centro aprueba la propuesta organizativa del Instituto Clínico del Aparato Locomotor (ICAL), que agrupa los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología y Rehabilitación.

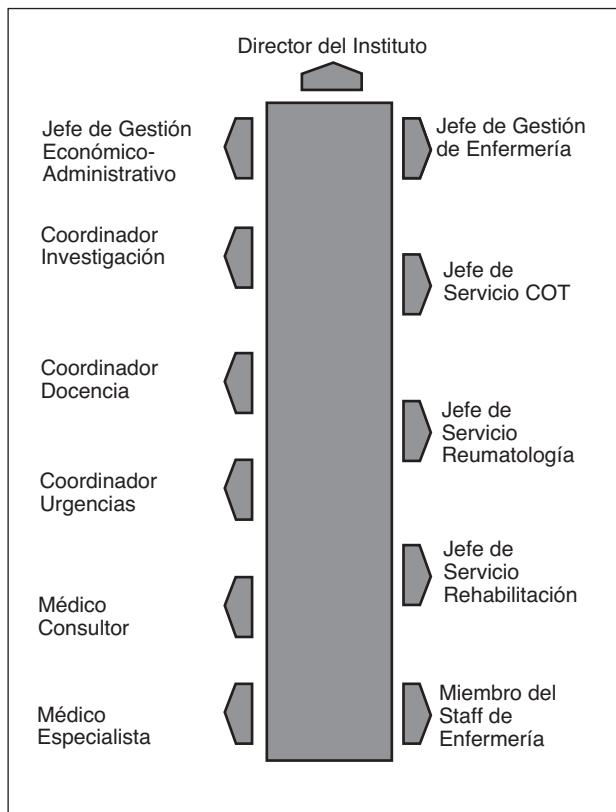


Figura 1. Composición de la Comisión de Dirección. COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología.

De esta manera iniciaba su singladura como Instituto de gestión clínica el ICAL, dirigido por un Director Asistencial designado por el Gerente del Centro a propuesta de la Comisión de Dirección del Instituto (fig. 1). Este Director cuenta, como apoyo para la gestión, con un jefe de enferme-

ría y un jefe económico-administrativo (fig. 2). El Instituto tiene plena autonomía de gestión, administrando un presupuesto económico en función de unos objetivos que le permite, por ejemplo, desarrollar e implantar técnicas innovadoras y captar nuevos clientes.

Uno de los objetivos estratégicos del ICAL fue la adquisición y desarrollo de una cultura basada en la mejora continua de sus procesos asistenciales, con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento de la metodología evolutiva de la calidad en el ámbito asistencial de las enfermedades del aparato locomotor.

El objetivo fundamental de este estudio es describir la dinámica de trabajo establecida y presentar la evolución de los resultados obtenidos con esta innovadora experiencia de gestión asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de este trabajo se corresponde con un estudio epidemiológico descriptivo de serie temporal, realizado en el ámbito de las enfermedades del aparato locomotor del Hospital Clínic Universitario de Barcelona.

Mediante la constitución de un grupo de trabajo específico e interdisciplinario (*task-force*), en el que estaban representados diferentes estamentos profesionales, tanto del ICAL como del Programa Institucional de Calidad del centro, se seleccionaron los indicadores de calidad técnica y percibida de interés, y se consensuaron aquellos objetivos de calidad considerados prioritarios para la política estratégica del Instituto del Aparato Locomotor. Estos objetivos se revisan anualmente.

Se consideró que habría un mínimo de un objetivo de calidad para cada uno de los servicios que conformaban el Instituto, que la formalización de los mismos habría de ser

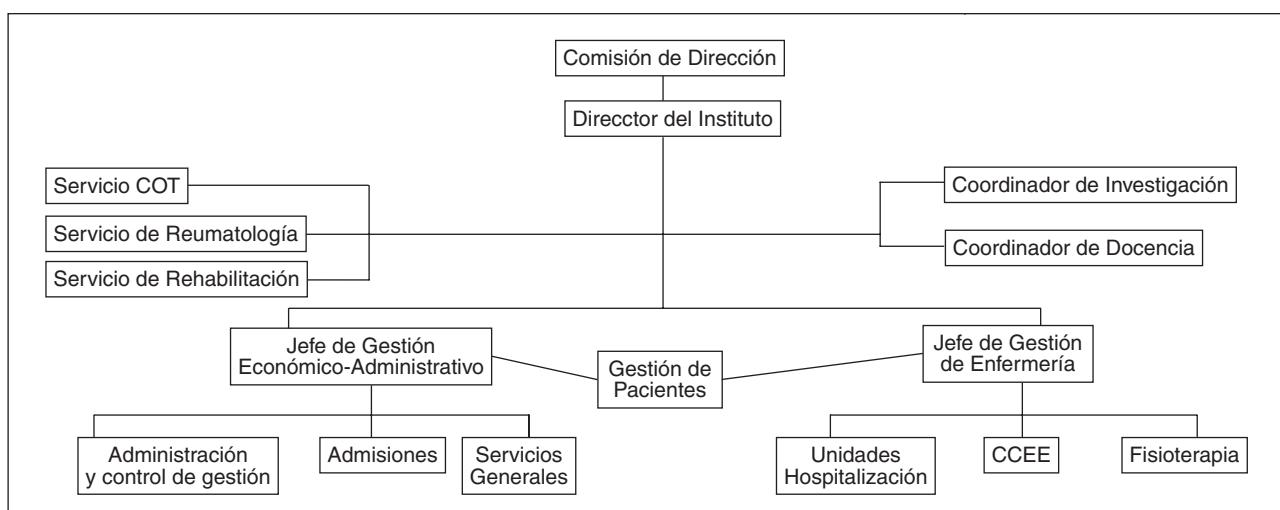


Figura 2. Estructura organizativa. COT: Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Tabla 1. Indicadores monitorizados en el Plan de Calidad del Hospital Clínico

Porcentaje de reingresos < 31 días
Estancia media preoperatorio en cirugía programada
Porcentaje de Intervenciones aplazadas
Porcentaje de Infecciones quirúrgicas
Porcentaje de mortalidad
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados (por 1.000)
Porcentaje de úlceras por presión
Tasa de altas voluntarias (por 1.000)
Tasa de reclamaciones (por 1.000 actos asistenciales)
Mediana de tiempo de respuesta a las reclamaciones
Valoración del usuario hospitalizado (media aritmética)

fruto de un pacto entre el Instituto y la Dirección del Hospital, y que éstos debían servir para sensibilizar en la metodología de la mejora de la calidad para el conjunto de profesionales del Instituto, mejorando aquellas dimensiones en que se objetivaba la necesidad de una potencial optimización.

Los indicadores que tenían que servir para monitorizar las dimensiones básicas de la calidad¹ inicialmente fueron los que estaban definidos en el Plan de Calidad del Hospital (tabla 1), acordándose que se iría ampliando a medida que

se fueran considerando o sugiriendo nuevos, en función de la dinámica generada en el proceso.

El pacto de objetivos se recoge en el dossier de calidad², documento que agrupa toda la información relativa a la evaluación de la calidad del Instituto. El dossier de calidad es un instrumento de comunicación entre el Instituto y la Dirección, mediante el cual se realiza el seguimiento de cómo van evolucionando los objetivos y los indicadores a lo largo del año.

RESULTADOS

En la tabla 2 se presenta la evolución de los diferentes Indicadores de calidad técnica durante el periodo 2001-2005. Podemos observar que la tendencia general en estos 5 años ha sido de mejora de estos indicadores, excepto el porcentaje de infección quirúrgica, que ha experimentado una evolución desfavorable al final del periodo considerado.

La tabla 3 muestra la evolución de los diferentes indicadores de calidad percibida para el periodo 2001-2005. Podemos observar que, en este grupo, la tendencia ha sido más heterogénea, mejorando la valoración del usuario y aumentando las tasas de reclamaciones y altas voluntarias.

Tabla 2. Evolución de los indicadores de calidad técnica

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Porcentaje de reingresos < 31 días	3,80	3,98	3,57	4,14	3,7
Estancia media preoperatoria en cirugía programada	0,96	1,03	0,89	0,7	0,7
Porcentaje de intervenciones aplazadas	1,01	0,45	0,37	0,23	0,22
Porcentaje de infecciones quirúrgicas	3,34	4,48	3,15	3,36	4,74
Porcentaje de mortalidad	1,75	1,85	1,97	0,65	0,75
Porcentaje de caídas en pacientes hospitalizados	4,5	3,8	3,7	2,10	3,7
Porcentaje de úlceras por presión	12	4,3	6,2	5,7	7,3

Tabla 3. Evolución de los indicadores de calidad percibida

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Porcentaje de altas voluntarias	1,81	1,84	2,32	0,71	2,39
Porcentaje de reclamaciones	1,85	2,37	4,31	3,71	2,43
Mediana de tiempo de respuesta reclamación	12	8	7,5	11,5	12
Valoración del usuario hospitalizado	8,3	8,43	8,62	8,45	8,57

Tabla 4. Evolución de los indicadores de actividad asistencial

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Número total de ingresos	2.686	2.710	2.576	3.677	4.020
Estancia media	7,35	7,03	6,81	5,89	7
Primeras visitas ambulatorias	11.823	12.036	10.100	8.677	10.044
Total de visitas ambulatorias	41.574	41.857	36.752	35.650	41.703
Complejidad (peso relativo medio)	1,43	1,48	1,43	1,42	1,51
Porcentaje de ocupación	98,12	98,55	106,06	96,97	103,03

Al estar influenciados algunos de estos indicadores por la actividad asistencial desarrollada, en la tabla 4 se presentan sus datos para el periodo considerado.

En la tabla 5 mostramos la evolución de los objetivos de calidad técnica y percibida del periodo 2001-2005.

DISCUSIÓN

Cualquier cambio organizativo conlleva la necesidad de adaptación de los profesionales a su nueva realidad. Asegurar que la calidad no se vea influida negativamente en este periodo de cambio y en las etapas posteriores se postula como una de las herramientas básicas para consolidar cualquier cambio organizativo^{2,3}.

El cambio organizativo, con el objetivo de la mejor atención al paciente y la eficiencia global de la organización, se instrumentó alrededor del desarrollo de toda una serie de guías de práctica clínica, en cuya elaboración y redacción participaron la práctica totalidad de los profesionales implicados alrededor de un grupo de enfermedades^{4,5}.

Los resultados obtenidos respaldan que los cambios realizados no sólo no han deteriorado los parámetros que configuran la calidad asistencial, si no que han consolidado unos estándares aceptables, desarrollándose una dinámica positiva de trabajo y mejora continua.

El necesario equilibrio entre la estancia media, los reintegros de menos de 31 días y la complejidad de los enfer-

mos atendidos, así como su interrelación con otros indicadores son orientativos del cumplimiento de la función social inherente a todo Instituto de Gestión Clínica⁶, que también debe ser tenida en cuenta en esta temática. Así, por ejemplo, el incremento de las infecciones quirúrgicas evidenciado en 2005 se puede explicar por el aumento paralelo de la complejidad y por la generalización de intervenciones complejas en grupos de edad cada vez más avanzada.

Otra de las características del modelo es disponer de sistemas de vigilancia que registren periódicamente situaciones de riesgo a los que puede estar expuesto el enfermo, como es el caso de las infecciones quirúrgicas, las úlceras por presión o las caídas^{7,8}, participando y colaborando activamente el Instituto en estas actividades de naturaleza más transversal y de interés general hospitalario.

El protagonismo del enfermo, auténtico epicentro del modelo, y su cada vez más evidente nivel de participación activa en los temas de salud, refuerzan la importancia de conocer su punto de vista sobre la atención recibida; por ello anualmente se realiza una encuesta de opinión dirigida a los enfermos hospitalizados^{9,10} y otra a los enfermos ambulatorios. La evolución de las opiniones recogidas también nos orienta en los aspectos a mejorar y en aquellos en que la organización del Instituto está actuando en la línea correcta (figs. 3-6). Así mismo el análisis de las reclamaciones presentadas y su ponderación en forma de tasa por actividad asistencial realizada (ingresos + visitas ambulatorias) permite identificar problemas y proponer iniciativas de mejora^{11,12}.

Tabla 5. Evolución de los objetivos de calidad técnica y percibida

Indicador	2001	2002	2003	2004	2005
Número de objetivos de calidad técnica	4	4	4	6	4
Número de objetivos de calidad percibida	3	3	3	4	8
Total	7	7	7	10	12
Porcentaje de objetivos cumplidos	100%	100%	100%	60%	42%

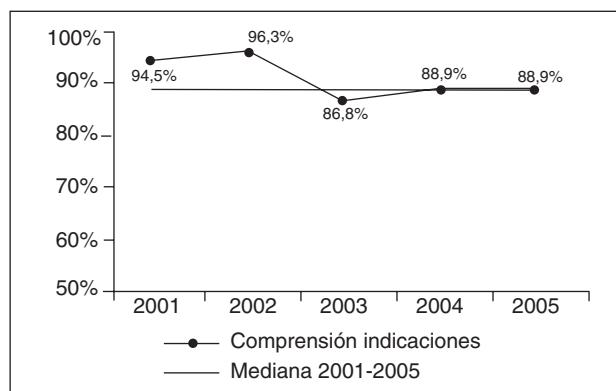


Figura 3. Indicador encuesta de opinión de hospitalización (I). Porcentaje de clientes que han entendido las indicaciones del médico sobre su enfermedad.

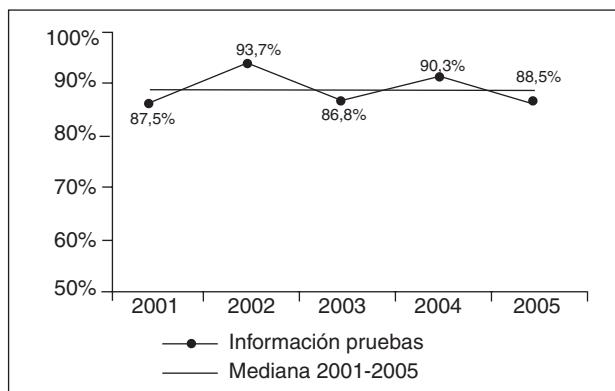


Figura 4. Indicador encuesta de opinión de hospitalización (II). Porcentaje de clientes suficientemente informados sobre las pruebas que les han realizado.

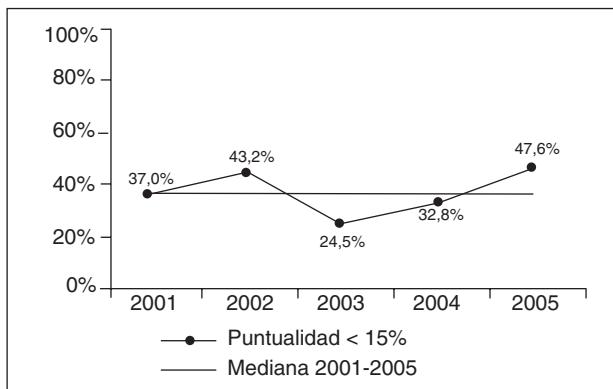


Figura 5. Indicador encuesta de opinión de Consultas externas (I). Porcentaje de clientes que consideran haber sido visitados en un tiempo igual o menor a 15 minutos.

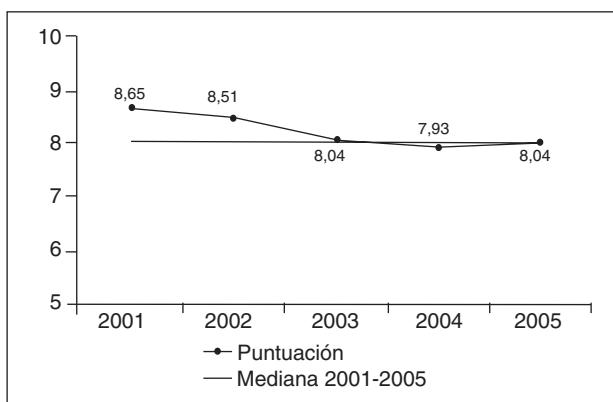


Figura 6. Indicador encuesta de opinión de Consultas externas (II). Valoración general sobre el servicio recibido (de 0 a 10).

Dada la dificultad de tener estándares de referencia con los que comparar nuestros resultados¹³ se analiza la evolución de los indicadores del Instituto de un año en relación con el anterior, y se observa su tendencia evolutiva a lo largo de los últimos 5 años. También se calcula un valor de referencia que es la mediana epidemiológica, obtenida a partir de la casuística presentada en los últimos 5 años (valores sombreados de la tabla 2). Este valor de referencia nos sirve como señal de alarma en el caso de que el dato del año en curso supere este valor de referencia habitual, e incluso ilustre una tendencia evolutiva desfavorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glosario Terminológico en uso de los Indicadores de Calidad. Barcelona: Hospital Clínic; 2003. Publicación interna.
2. Prat A, Santiñá M, González M, Martínez G, Vázquez MJ, Asenjo MA. Diseño de un plan de calidad adaptado al modelo organizativo: experiencia del Hospital Clínic Universitario de Barcelona. *Todo Hospital*. 2006;224:120-3.
3. Sainz A, Martínez JR, García F, Alonso M, Núñez A, Asensio A, et al. Elaboración de un cuadro de mando para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:5-10.
4. Combalía A. Guías y Vías de Práctica Clínica. Clínica Osteoarticular. 2000;3:5-8.
5. Gallart X, Ramón R, Suso S, Combalía A, Riba J, García S, et al. Vía clínica de la artroplastia total de cadera. Clínica Osteoarticular. 2000;3:15-9.
6. Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad Asistencial, atención al usuario y relaciones con los medios de comunicación. En: Asenjo MA, editor. Gestión diaria del hospital. 2nd edi. Barcelona: Ed. Masson; 2001. p. 285-97.
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidente and types of adverse events and negligent care in UTA and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
8. Aranaz JM, Gea MT, Marín G. Acontecimientos adversos en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo de un hospital universitario. *Rev Cir Esp*. 2003;73:104-9.
9. Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:218-23.
10. Santiñá M, Prat A, Martínez G, Quinto L, Trilla A, Asenjo MA. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:238-42.
11. González M, Prat A, Matiz C, Carreño J, Adell C, Asenjo MA. La gestión de las reclamaciones en el Plan de Calidad Hospitalario. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:700-4.
12. Junoy A, Adell C, Prat A, González M, Rodríguez T, Robles D, et al. Importancia de las altas voluntarias en los programas de calidad hospitalarios. *Todo Hospital*. 1999;161:751-3.
13. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:143-9.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.