

Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II)

Martín Tejedor Fernández^a, Juan José Pérez^b y Javier García Alegría^c

^aJefe de Sección de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. ^bProfesor del Área de Gestión de Servicios. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. ^cProfesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Director del Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España.

Correspondencia: Martín Tejedor Fernández.
Hospital Universitario de Valme.
Ctra. Sevilla-Cádiz, s/n. 41014 Sevilla. España.
Correo electrónico: dmentf@valme.sas.junta-andalucia.es

Resumen

Entre las características más relevantes del entorno de los Servicios Sanitarios se encuentran el intento de contener los gastos sanitarios por los distintos gobiernos europeos, una mayor exigencia de calidad por parte de los ciudadanos y una creciente innovación tecnológica en permanente aceleración positiva.

Probablemente como respuestas a estas demandas han aparecido una serie de nuevos paradigmas como la mejora continua de la calidad, la gestión de enfermedades o la gestión clínica. Se ha publicado un número considerable de trabajos en los que se hace referencia a la gestión clínica como un instrumento útil para la obtención de resultados en las distintas unidades asistenciales, pero su aplicación práctica no está exenta de dificultades.

El objetivo de este trabajo es hacer, a modo de esquema general, una propuesta de guía metodológica para su aplicación práctica.

Se describen los apartados que puede contener un programa de gestión clínica: responsable, misión, política de calidad, cartera de clientes, cartera de servicios, análisis de la actividad, gestión de procesos, indicadores, control de gestión, evaluación y mejora de la eficiencia, sesiones de calidad, continuidad asistencial, formación continuada e investigación, auditorías internas, manual de calidad.

Palabras clave: Gestión. Gestión de calidad. Gestión de la enfermedad.

Introducción

En la última década ha emergido y ocupado un gran espacio en la bibliografía de gestión una constelación de paradigmas o, al menos, de nuevos conceptos que quieren ser algo más que aportaciones semánticas, como la mejora continua de la calidad, la gestión de procesos y por éstos, la gestión de enfermedades, la dirección por valores o la gestión por competencias.

En la profundidad de los servicios sanitarios, sobre el terreno, los profesionales sanitarios se esfuerzan cotidianamente por superar con éxito el reto de cada día: asistir a los pacientes programados, las urgencias y las demandas adicionales siempre presentes.

Summary

Among the most important characteristics of the health system environment are attempts to curb the growth of expenditure by the various European governments, increased demand for quality services among users and the rapid advance of new technologies.

Probably as a response to these demands, a set of new paradigms such as continuous quality improvement, disease management, and clinical management have appeared. A considerable number of studies have been published that make reference to clinical management as a useful instrument for obtaining results in the various healthcare units. However, its practical application is not free of difficulties. The aim of this article is to outline, in general terms, a proposed methodological framework for use in clinical practice. Features of a clinical management program are described: the agents responsible, mission, quality policy, client and services portfolios, activity analysis, process management, indicators, management control, evaluation and improvement of efficiency, internal quality meetings, health care continuity, continuous training and research, internal audits, and quality manual.

Key words: Management. Quality management. Disease management.

La gestión clínica está consiguiendo atraer la atención de multitud de profesionales, quizá porque intuyen que detrás de este nuevo concepto existen algunas ideas o métodos instrumentales que les pueden ayudar a resolver las dificultades de la organización con las que tropiezan cada día en el intento de conseguir los mejores resultados asistenciales para los enfermos.

En un trabajo anteriormente publicado en esta revista¹, se afirmaba que el objetivo último de la gestión clínica es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica clínica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores costes para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Es difícil encontrar diferencias entre un programa de gestión clínica y uno de gestión de la calidad de un servicio, sección, departamento, centro sanitario o unidad funcional, por lo que en adelante haremos referencia a ellos con la abreviatura PGC.

La calidad es hoy día una exigencia ciudadana y un valor social; además, es una variable estratégica de las organizaciones, instituciones y empresas, por la relación directa que existe, a partir de unos recursos dados, entre calidad y eficiencia. No es extraño, por tanto, que los distintos modelos de sistemas de gestión de la calidad²⁻⁴ sean motivo de estudio e interés, o que los trabajos científicos sobre este tema comiencen a aparecer en revistas científicas⁵⁻¹⁰.

Aunque, recientemente, algunas instituciones como el IMSALUD o el Osakidetza/Servicio Vasco de Salud¹¹ han desarrollado manuales que definen los objetivos que la gestión clínica quiere perseguir y proponen la estructura organizativa que se debe utilizar, los elementos que el contrato de gestión clínica debería incluir y las herramientas que pueden ser útiles, sigue siendo excepcional encontrar referencias bibliográficas en las que se describa cómo instaurar un PGC en una escala más microorganizativa, como una sección o servicio clínico^{12,13}, una unidad de gestión clínica, un centro de salud o un departamento administrativo.

En nuestra opinión, la mejora de la calidad o la gestión clínica, como la docencia o la investigación, es otra de las grandes funciones de los servicios sanitarios, responsabilidad de los líderes y de los profesionales sanitarios, y que tiene como finalidad primordial coadyuvar en la excelencia en la prestación de un servicio tan esencial como la asistencia a los pacientes.

En el modelo sanitario español, los sistemas de gestión de la calidad tienen necesariamente que utilizar como soporte una estructura que pueda asimilarse e integrarse en los organigramas de nuestros centros. Por tanto, aunque puedan existir otros, los elementos estructurales, presentes prácticamente siempre, serán:

1. Un PGC en cada una de las unidades funcionales: servicios/secciones clínicas, unidades de enfermería, grupos administrativos o departamentos de servicios generales.

2. La actividad de las juntas técnicas: facultativa y de enfermería, así como las comisiones que derivan de ellas y otras que puedan constituirse.

3. Los grupos de mejora, multidisciplinarios, creados ad hoc para el abordaje de problemas concretos o específicos.

4. Las unidades o departamentos de calidad y un equipo colaborador o grupo de calidad del que forman parte todas aquellas personas que se ocupan de ello en las distintas unidades funcionales o que quieren participar activamente.

La responsabilidad de la política de calidad, estrategia, objetivos y revisión anual del sistema recae en el director gerente del hospital y, en forma descendente, y para sus respectivas áreas de decisión, en los directores de divisiones, subdirectores, jefes de servicio/sección, directores de centros, jefes de bloque/supervisores, coordinadores de enfermería, jefes de grupo o encargados.

Los profesionales y los trabajadores tienen una responsabilidad directa en la ejecución de sus funciones y tareas es-

pecíficas y en el mantenimiento y desarrollo continuado del sistema, y todos tienen una obligación ética y moral de procurar para los enfermos la mejor asistencia, fin último de los servicios sanitarios y motivo por el que existen las profesiones sanitarias.

En este trabajo se hace una propuesta metodológica sobre cómo llevar a cabo en la práctica un PGC en una unidad funcional. Este planteamiento no está cerrado a mejoras y debe estar en permanente revisión para actualizarlo y adaptarlo a las modificaciones tecnológicas y del "estado de la cuestión" que así lo vayan requiriendo. Pretende ser una especie de manual técnico que contiene el *know how* ("saber hacer") que se ha adquirido y se seguirá haciendo a lo largo del tiempo y que se presenta para su debate. Se describe no sólo qué es lo que hay que hacer sino cómo hacerlo.

Los principios básicos

Consideramos que es importante destacar que hay una serie de ideas sobre las que sustentar las acciones, a modo de principios básicos. Así, el responsable o coordinador de calidad de la unidad funcional debería saber y compartir lo siguiente:

– Su tarea es una carrera de fondo, con muchos obstáculos. Por tanto, los objetivos a corto plazo existen para no olvidar qué es, en concreto, lo prioritario en el momento presente, pero la calidad tiene que ver con metas a largo plazo. Por ello, la constancia, la perseverancia, la tenacidad y la resistencia a la monotonía tienen que estar necesariamente entre sus características personales.

– Su reto y objetivo principal es que los compañeros del equipo modifiquen comportamientos e ideas básicas, o sea, sus actitudes ante el trabajo en la unidad de que se trate. El instrumento más eficaz es la reiteración de algunas tareas (no es posible adquirir un hábito, una costumbre sobre "algo", si eso no se repite). Se trata de convencer, no de imponer.

– La calidad, como la asistencia, está ligada al trabajo multidisciplinario. El coordinador trabajará para lograr la participación de todo el personal, o de la mayoría, en la consecución de los objetivos. Su labor es apoyar, facilitar y estimular, pero no hacer directamente las cosas. Su trabajo luce cuando los demás tienen éxito y reconocen que su aportación les ha sido de utilidad.

– La primera pregunta clave es: ¿en qué medida influyen o tienen impacto nuestras actuaciones en el estado de salud de nuestros pacientes? La segunda pregunta es: ¿cómo podemos saberlo? La calidad hay que objetivarla. Por tanto, conviene recordar siempre lo que decía Lord H.T. Kelvin (1824-1907): "Cuando podáis medir y expresar en números aquello de que habláis, sabréis algo de ello, pero si no podéis medirlo o expresarlo numéricamente, vuestro conocimiento es escaso o deficiente."

Incluso los resultados que se obtienen de aspectos que exigen de una evaluación cualitativa, como por ejemplo opiniones subjetivas de pacientes o profesionales, deberían llevarse siempre a valores numéricos utilizando escalas, porcentajes, etc.

– A partir de una situación dada, hasta el 80% de los problemas de calidad pueden resolverse con modificaciones y mejoras de la organización, como la protocolización, las guías, las vías clínicas, los procedimientos, las sesiones conjuntas del equipo para resolución de problemas, la investigación operativa mediante autoevaluación o auditorías internas, y la formación específica, entre otras, es decir, sin necesidad de recursos adicionales.

– La mejora de la calidad y la innovación van invariablemente unidas entre sí. La idea que se debe asumir es que nunca se acaban de hacer bien las cosas o, lo que es lo mismo, lo que hacemos bien hoy, mañana podemos hacerlo mejor.

– La no-calidad (infecciones nosocomiales, úlceras por presión, mortalidad evitable, reingresos, exploraciones complementarias innecesarias, reclamaciones, iatrogenia, complicaciones, secuelas), además de consecuencias clínicas, tiene repercusiones económicas, ya que el coste de todo ello supone un despilfarro. Por tanto, la reducción de la no-calidad provoca, a la vez, una mejora científicotécnica de nuestras actuaciones y de la eficiencia.

Los elementos del programa de gestión clínica y cómo llevarlos a la realidad

El PGC debe ser revisado y actualizado periódicamente para introducir las adaptaciones que los objetivos de las autoridades sanitarias correspondientes incorporen a los respectivos planes anuales e, incluso, a los establecidos por el equipo directivo del hospital o por el de la unidad funcional de que se trate.

No se han incluido orientaciones sobre aspectos de evaluación externa por alguna entidad de certificación/acreditación: International Standards Organization (ISO), Joint Commission International Accreditation o las que se efectúan para comprobar la adaptación al Modelo Europeo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Cualquier iniciativa de este tipo debería plantearse al director de calidad del hospital y contar con la aprobación de la dirección del centro o servicio sanitario.

El PGC, que debe estar escrito, para cada unidad funcional, puede contener al menos los siguientes elementos:

1. Coordinador de calidad de la unidad

El PGC, como cualquier otra herramienta de gestión, es responsabilidad directa del jefe de la unidad funcional y su manejo exige un estilo de liderazgo participativo que facilite el *empowerment* de los profesionales. A similitud de lo que ocurre con otras funciones, como la docencia o la investigación, el jefe de la unidad puede designar a uno de sus miembros para que se ocupe de la coordinación del programa. Esto es imprescindible, aunque no suficiente, para garantizar la implantación y mantenimiento del mismo. El rol que realiza el coordinador de calidad es, por tanto, delegado por el jefe de la unidad.

Esta persona es el referente para los asuntos relacionados con la mejora de la calidad, pero no de los resultados que

se obtienen, que son fruto del trabajo de todo el equipo. Se convierte así en la figura encargada de liderar el programa, de facilitar la participación, de dotar de herramientas para la mejora y de promover que el grupo cuente con la ayuda metodológica de la dirección de calidad del centro hospitalario.

¿Qué hace el coordinador de calidad?

– Mantener el cuadro de mando de la unidad, que contendrá datos de actividad, económicos y de resultados clínicos, como mortalidad, infecciones, reingresos, reconsultas, flebitis, úlceras por presión, etc., y de calidad percibida, como satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida.

– Custodiar y mantener al día los documentos necesarios para el programa: registros, formatos y protocolos o procedimientos específicos de calidad; catalogados y codificados. Cada vez que se procede a una nueva revisión de cualquier documento, el responsable de calidad lo elimina del catálogo, sustituyéndolo por el nuevo y lo comunica a todos los miembros del equipo.

– Presentar, mensualmente, en la sesión de calidad de la unidad, el análisis y la evaluación de los resultados del mes anterior.

– Promover actividades docentes (sesiones del equipo específicas, seminarios, cursos, etc.), científicas (comunicaciones, ponencias, artículos en revistas, etc.) y de investigación operativa.

– Realizar las auditorías internas de comprobación del programa.

– Coordinar sus actividades con las de otros miembros del grupo de calidad.

– Actualizar sus propios conocimientos en metodología y técnicas para la mejora de la calidad.

– Elaborar los informes sobre resultados en calidad de su unidad para la dirección, juntas técnicas, comisiones o autoridades sanitarias que la demanden.

– Presentar y comentar los resultados obtenidos por su unidad en los trabajos de evaluación de las comisiones y grupos de mejora.

– Otros.

2. Misión

Es la descripción, realizada por escrito, de la razón de ser de la empresa u organización y, en el caso que nos ocupa, del servicio o unidad funcional.

3. Política de calidad

Consideramos que la formulación de la política de calidad es responsabilidad del director gerente o del equipo de dirección del hospital. El responsable de calidad de cada unidad funcional debe asegurarse de que todo el personal de la misma conoce la política de calidad del centro y adaptar sus orientaciones generales a la realidad del ambiente de trabajo.

Cuando no esté previamente determinada por la dirección, puede disponerse una política de calidad para la unidad funcional. En este caso el jefe de la misma cuidará de que las ideas subyacentes en la misma estén en coherencia y

compartan la misma orientación estratégica que las del equipo de dirección.

4. Cartera de clientes internos y externos

Un PGC tiene que disponer necesariamente de una cartera de clientes, tanto internos como externos, a los que va dirigido el servicio, así como de sus necesidades y expectativas. Es un cliente toda persona o unidad que ha demandado algún tipo de servicio: pacientes, usuarios, profesionales de otras unidades o de otros centros de atención primaria o especializada, la dirección, etc. Un listado de las unidades, profesionales e incluso usuarios que solicitan servicios a la unidad permitirá:

- Identificar a los clientes más importantes en función de la actividad que generan.
- Facilitar el envío y la distribución de información que quiera hacerseles llegar: ofertarles una nueva técnica incorporada a la cartera de servicios, comunicarles un cambio de números telefónicos, de direcciones de correo electrónico, etc.
- Pedirles su opinión en cuanto a la calidad del servicio que se presta o medir el grado de satisfacción con el mismo.

5. Cartera de servicios

Listado y descripción de los servicios que se ofertan por la unidad funcional de que se trate: enfermedades que se atienden, intervenciones quirúrgicas que se realizan, exploraciones complementarias, pruebas analíticas, técnicas que se llevan a cabo, tipos de cuidados de enfermería, servicios que se prestan a otras unidades, etc.

Si es posible, se empleará para ello alguna clasificación internacional como la CIE-9 o 10, la DSM-IV, para enfermedades mentales, la SNOMED o las empleadas en catálogos de material fungible o de inventario para el caso de los servicios centrales y generales. Aunque su uso no está muy implantado en España, puede ser de interés utilizar la clasificación de la NANDA para los servicios de enfermería¹⁴. Cada vez que se amplíe cartera con un servicio, una técnica o procedimiento nuevo, ésta se actualizará y se comunicará a los clientes.

6. Análisis, evaluación y previsión de la actividad anual

A partir de la cartera de servicios puede hacerse un análisis de la actividad realizada, así como una previsión anual de ésta. Ello permitirá determinar la carga de trabajo que se espera, así como la definición y la planificación de las necesidades de personal y de recursos materiales necesarios.

La actividad asistencial generada por la atención a pacientes en régimen de hospitalización puede cuantificarse, entre otras, al menos de dos maneras:

- Explotando directamente el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), con lo que se obtiene una información muy precisa de los procesos clínicos que justificaron la hospitalización, ya que la codificación del diagnóstico principal se realiza en base al motivo de ingreso. Del CMBD puede obtenerse también información de las comorbilidades o diagnósticos

secundarios, así como de las intervenciones quirúrgicas, procedimientos, exploraciones complementarias complejas y complicaciones. Una estrecha colaboración con la unidad de codificación clínica del centro garantizará la calidad de los registros. Desde la perspectiva de la mejora de la calidad, ésta es una herramienta imprescindible, ya que permite obtener indicadores en términos de resultados desagregados por enfermedad, procedimientos, etc.

– A través de los sistemas de clasificación y agrupación de pacientes: grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)¹⁵, *patient management categories* (PMC)¹⁶ o *disease staging* (DS)¹⁷. En la realidad hospitalaria española los GRD son los más empleados, y la información que se puede obtener servirá para evaluar la producción, en términos de consumo de recursos y de nivel de complejidad¹⁸. Existen distintas herramientas informáticas que permiten hacer un uso fácil de esta información.

La actividad de los servicios generales o centrales puede contabilizarse utilizando códigos específicos para ello (p. ej., SNOMED en anatomía patológica) o los decididos por la organización para uso interno. Aunque no existe aún suficiente consenso sobre cuál es el más adecuado, para la actividad de consultas externas puede ser de utilidad el empleo de alguno de los sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios existentes¹⁹:

- Agrupaciones de diagnósticos (*diagnostic cluster*), 1983.
- Grupos de visitas ambulatorias (*ambulatory visit groups* [AVG]), 1984.
- Grupos de pacientes ambulatorios (*ambulatory patient groups* [APG]), 1993.
- Productos de atención ambulatoria (*products ambulatory care* [PAC]), 1988.
- Grupos de atención ambulatoria (*ambulatory care groups* [ACG]), 1993.

A pesar de los intentos realizados por encontrar sistemas de medición del producto²⁰⁻²², la actividad de urgencias y de otras unidades, como la hospitalización de día, puede presentar algunas dificultades adicionales para su codificación y medición. En estos casos, puede obtenerse una información de la calidad de los servicios prestados mediante el uso de técnicas de muestreo y extrapolación de los resultados. Naturalmente, la medición, la previsión y la programación deben extenderse también a las actividades docentes y de investigación: trabajos científicos, ensayos clínicos, cursos de formación, sesiones clínicas y bibliográficas, etc.

7. Gestión de procesos: evaluación y control

Aunque ahora puede afirmarse que la gestión de procesos es un nuevo paradigma que se debe tener en cuenta en cualquier PGC, la importancia del análisis del proceso ya fue destacada en las primeras aportaciones de Donabedian y ha sido motivo de interés y preocupación de los profesionales en las últimas 2 décadas²³.

A partir de la cartera de servicios puede establecerse cuál es el catálogo de procesos de prestación de servicios de la unidad: asistenciales, de producción u operativos.

En general, en cada unidad funcional habrá sólo varios procesos de prestación del servicio. Para identificarlos y describirlos gráficamente será de gran ayuda pensar en los circuitos asistenciales que siguen los pacientes o las muestras de especímenes en el caso de los servicios centrales.

De los más frecuentes y/o importantes (habitualmente no serán más de tres o cuatro) se elaborarán guías de actuación/gestión de procesos, que incluirán el correspondiente mapa de actividades y la arquitectura de cada uno de ellos para permitir la evaluación y el control de éstos; en este sentido, existen herramientas útiles en la construcción de los diagramas²⁴. Cuando la situación lo permita, será de utilidad la designación de gestores de procesos que colaboren en la estabilización de los de la unidad funcional y se encarguen del mantenimiento de indicadores y del análisis y presentación de propuestas de mejora.

Para una mejor comprensión deben describirse, por escrito cuando sea pertinente, y establecerse criterios de calidad en cada uno de ellos, haciendo especial énfasis en la continuidad entre ámbitos asistenciales (atención primaria, servicios de emergencias y asistencia especializada ambulatoria u hospitalaria en cualquiera de sus modalidades: observación en urgencias, hospital de día, ingreso convencional).

Se elaborarán protocolos y procedimientos para los procesos clínicos o subprocesos más frecuentes alcanzando al menos el 20% de los tipos existentes, lo que permitirá abordar aproximadamente al 80% de la actividad que se desarrolla. Se dispone ya de experiencias institucionales²⁵ y de grupos de profesionales que pueden ser de ayuda.

Cuando existan guías de procesos clínicos previamente aceptadas, se generarán los protocolos o recomendaciones precisos para su aplicación en la unidad de que se trate.

8. Indicadores/estándares/objetivos/niveles de calidad

La implantación de indicadores en cualquier sistema de calidad comienza a ser hoy día una realidad en distintas organizaciones e instituciones de prestigio²⁶⁻³³, y aunque existen dificultades metodológicas aún no superadas, es evidente el intento actual por superar estos obstáculos e incorporar instrumentos que, como el SF-36, incluso puedan ofrecer la posibilidad de evaluar resultados alcanzados en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes sometidos a procedimientos médicos y quirúrgicos³⁴⁻³⁵. Distintos componentes de calidad, como la utilización de recursos, adecuación, oportunidad, continuidad asistencial u otros²⁷, pueden ser objeto de monitorización mediante indicadores: estancia media, tiempo de respuesta y demoras, entre otros.

Junto con los indicadores de estructura o de proceso, el esfuerzo de monitorización debería centrarse en los de resultados críticos de la unidad funcional. En un PGC, junto con los objetivos/indicadores tradicionales, se considera hoy prioritario prestar especial interés a los que se orientan a resultados en tres grandes apartados:

Calidad científicotécnica

Se definirán los indicadores que se van a monitorizar y los niveles que se pretenden alcanzar en términos de objeti-

vos anuales o estándares. En los servicios clínicos y unidades de enfermería: mortalidad, infecciones nosocomiales, reingresos, reconsultas, reintervenciones, complicaciones, secuelas, iatrogenia, grado de recuperación funcional, estancia media, demoras en la prestación del servicio, concordancia en el diagnóstico clínico/radiológico, flebitis, úlceras por presión, caídas de la cama, etc.

En los servicios generales y centrales irán dirigidos hacia demoras, tiempos de respuesta, tasa de no-conformidades, reprocesados, repeticiones de estudios, errores en los procesos administrativos, costes, reclamaciones y quejas de los clientes, etc.

Calidad percibida por los usuarios/clientes y por el personal de la unidad funcional

Con independencia de los criterios éticos que deben presidir todas las actuaciones profesionales, deben incluirse en cualquier PGC actividades específicas destinadas a la medición de la satisfacción de los clientes³⁶ con la atención prestada y sus sugerencias, opiniones y reclamaciones. Esto permitirá emplear atributos de calidad, como la oportunidad, conveniencia, continuidad, intimidad, confidencialidad, participación, seguridad y apoyo de la asistencia.

Para su medición y evaluación pueden ser de utilidad técnicas, como entrevistas, cuestionarios escritos o telefónicos, grupos focales y otras. Debe hacerse extensivo a los clientes internos del centro sanitario y a trabajadores implicados, monitorizando su opinión tanto sobre la calidad del servicio como sobre su satisfacción con la tarea que desarrollan.

Seguridad de los pacientes y del personal

Registro de accidentes de los pacientes o del personal: caídas de la cama, quemaduras o infecciones nosocomiales del tipo de VIH, TBC, etc.

9. Control de gestión, cuadro de mando y monitorización

Para monitorizar, evaluar y mantener bajo control todos los elementos que se consideren críticos es preciso generar un modo sistemático de hacerlo. Es útil construir un cuadro de mando de la unidad para, por ejemplo, mes a mes, llevar a cabo un seguimiento de aspectos como el presupuesto de gastos, actividad y calidad (indicadores). Se podrá hacer, así, un análisis, control y detección temprana de las posibles desviaciones presupuestarias, infraactividad o valores indeseables de no-calidad. Las herramientas necesarias son sencillas y fácilmente disponibles como las del paquete informático de Office.

El registro y la monitorización de cualquier aspecto no son un fin en sí mismos, sino instrumentos imprescindibles para mejorar la calidad del servicio.

10. Evaluación y mejora de la eficiencia

Un PGC tiene que incorporar el análisis y evaluación de la eficiencia. De este modo, el coste de los servicios no puede ser una preocupación exclusiva de la alta dirección del hospital y, así, ocupa ya un cierto espacio en las revistas científicas siendo de interés para grupos de profesionales,

responsables de unidades y de sociedades científicas³⁷⁻³⁹. Hay razones de distinto orden para ello: científicas, económicas, éticas, de investigación operativa y de mejora de la calidad. En los últimos años se han desarrollado ostensiblemente los sistemas de información de costes en muchas de las comunidades autónomas⁴⁰:

– SIGNO: contabilidad analítica del Instituto Nacional de Salud.

– COAN: sistema de control de gestión hospitalaria del Servicio Andaluz de Salud.

– SCS: modelo de contabilidad analítica del Servei Català de la Salut.

– SIE: sistema de información económica para la gestión sanitaria de la Generalitat Valenciana.

– Modelo de imputación de costes de OSAKIDETZA.

En la medida que el sistema de contabilidad analítica del hospital lo posibilite, en un PGC debe considerarse la información sobre costes de los procesos hasta el nivel de detalle adecuado con la finalidad de intervenir sobre ellos y reducirlos o ajustarlos en un continuo sin fin.

No sólo por razones económicas sino también por la eficiencia clínica, deben establecerse sesiones específicas de discusión y control interno del grupo, del uso racional de las pruebas diagnósticas, la tecnología médica en general y de la terapia farmacológica. Además de todas las fuentes existentes para la evidencia científica disponible en cada caso, pueden seguirse los informes de las agencias de evaluación tecnológica, cada día más asequibles.

11. Sesiones de calidad

Consideramos que este elemento es el esencial de un PGC para hacerlo operativo. Las sesiones deben tener una serie de características para que sean eficaces:

– Su finalidad es conseguir la retroinformación a todas las personas que han intervenido en la consecución de los resultados, con objeto de corregir o mejorar los aspectos que, tras un análisis conjunto por el equipo, así lo requieran.

– Será el jefe de la unidad el que convoque al equipo y dirija las sesiones.

– Se garantizará la asistencia de todos los trabajadores que participen en los aspectos que se van a analizar, cualquiera que sea su categoría profesional.

– Deben ser regulares, sistemáticas, con una cadencia determinada (mensuales o semanales).

– Siempre tratarán sobre los resultados asistenciales o de producción obtenidos, utilizando para ello los indicadores previamente acordados, aunque puedan incluirse otros aspectos.

– El coordinador de calidad se ocupará personalmente de que los acuerdos se lleven inmediatamente a los protocolos o procedimientos afectados.

12. Continuidad asistencial

Este apartado debería contener las estrategias, tácticas (formación, análisis de problemas comunes, etc.), métodos (procedimientos, protocolos conjuntos, guías de práctica clínica, abordaje conjunto de procesos clínicos, etc.) y formas

organizativas (comisiones, grupos de trabajo mixtos, círculos de calidad, etc.) para garantizar y mejorar permanentemente la continuidad y colaboración asistencial entre ámbitos (atención primaria, hospital, servicios de atención a emergencias extrahospitalarias, interunidades hospitalarias, etc.).

13. Formación continuada e investigación

Imprescindible en cualquier PGC. Naturalmente deben existir actividades específicamente orientadas hacia los métodos y técnicas de mejora continuada de la calidad como parte del programa de formación del servicio o unidad funcional. Pueden ser contenidos:

– Indicadores.

– Técnicas de uso común en la mejora de la calidad.

– Gestión de procesos.

– La auditoría clínica.

– Análisis de reingresos, reconsultas, reprocesados de muestras, recidivas, reintervenciones o repetición de pruebas diagnósticas.

– Mortalidad.

– Infecciones.

– Sistemas de acreditación.

– La medición de la opinión de los pacientes.

– Otros.

14. Auditorías internas

Periódicas, sistematizadas, imprescindibles y muy potentes para la generación de cambios positivos en el personal del equipo, siempre que se garantice su participación en las mismas, la retroinformación de los resultados y el apoyo para la implantación de las mejoras que puedan identificarse. Pueden llevarse a cabo por otros miembros del equipo o de la comisión central de calidad, comisión de calidad asistencial o unidad de calidad del hospital.

15. Manual de calidad

La descripción del programa debe recogerse en un documento que puede denominarse Manual de Calidad. Debe responder a las preguntas: ¿qué elementos contiene el programa?, ¿quién es el responsable de cada elemento del mismo?, ¿cómo se llevará a la práctica?, ¿cada cuánto tiempo se evaluará y se hará un seguimiento?

Incluirá una descripción de la organización y responsabilidades, los modelos de registros, los formatos para la recolección de datos, cómo se procesarán éstos, su análisis, los circuitos de la información, etc.

A modo de resumen y conclusión, este trabajo pretende ser una ayuda para clínicos o personal sanitario con actividad asistencial y responsables de unidades funcionales. Somos conscientes de la simplicidad del esquema, pero creemos que a partir de su esqueleto puede iniciarse un abordaje lógico y racional de una tarea tan compleja, interesante y abstracta como es la consecución de resultados a través de un equipo humano. Con seguridad, otras aportaciones futuras enriquecerán y harán crecer a este pequeño embrión.

Bibliografía

- Pérez Lázaro JJ, García Alegría J, Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:305-11.
- International Standards Organization. Geneva: ISO. Disponible en: <http://www.iso.ch>.
- European Foundation for Quality Management. European Excellence Model. Brussels, 2000. Disponible en: <http://www.efqm.org>.
- Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales. Barcelona: Joint Commission International Accreditation y Fundación Avedis Donabedian, 2001.
- Blumenthal D. Quality of care. What is it? *N Engl J Med* 1996;335:891-3.
- Brook RH, McGlynn, Clearly PD. Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:966-9.
- Chassin MR. Improving the quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:1060-3.
- Blumenthal D. The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* 1996;335:1146-9.
- Berwick DM. Payment by capitation and the quality of care. *N Engl J Med* 1996;335:1227-31.
- Blumenthal D, Epstein AM. The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 1996;335:1328-31.
- Servicio Vasco de Salud. Gestión Clínica. Osasuna Zainduz. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1997.
- Tejedor M, Martín JM. Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:671-9.
- Herrera M, Rodríguez M, Pino E, Mora D, Doblás A, Castillo M. Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. *Emergencias* 2001;13:40-8.
- North American Nursing Association. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Barcelona: Harcourt, 2002.
- Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis related groups. *Medical Care* 1980; 18(2 Suppl):1-53.
- Young W, Swinkola R, Zorn D. The measurement of hospital case mix. *Med Care* 1982;20:501-12.
- Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. Staging of disease: a case mix measurement. *JAMA* 1984;251:637-44.
- AP-DRGs. All Patients Diagnosis Related Groups. Definitions Manual. Versión 14.0. Wallingford: 3M Health Information Systems, 1996.
- López Domínguez O. Gestión de pacientes en el hospital. Madrid: Olalla Ediciones, 1997.
- Cameron JM, Baraff LJ, Sekhon R. Case-mix classification for emergency departments. *Med Care* 1990;28:46-58.
- Baraff LJ, Cameron JM, Sekhon R. Direct cost of emergency medical care: a diagnosis based case-mix classification system. *Ann Emerg Med* 1991;20:20-6.
- Prados A, Marion J, Tejedor M, Moreno E. Herramientas de medida del producto sanitario en la asistencia a urgencias y emergencias. *Todo Hospital* 2002;187:322-7.
- Tejedor M, Raya A, Revuelta F, Robledo A, Varo J. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Control de calidad en medicina intensiva: análisis del proceso. Sevilla: Mezquita, 1984; p. 75-120.
- <http://www.IDEF.com>.
- Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Calidad por Sistema. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.
- Compendium of Clinical Indicators. Oak Brook: University Hospital Consortium, 1990.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Control Calidad Asist* 1991;6:65-74.
- Development and Application of Indicators in Emergency Care. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1993.
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. Manual de Acreditación para Hospitales. Barcelona: SG Editores, 1996.
- Quality and Performance in the NHS. Clinical indicators. NHS Executive, 1999. Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/indicat.htm>.
- Tejedor M, et al. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2000.
- Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Ignacio E, Palacio F, et al. Adaptación de un modelo de calidad total a las instituciones sanitarias españolas. *Rev Calidad Asistencial* 2000;25:184-92.
- García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:107-16.
- Ruiz de Velasco I, Quintana JM, Padierna JA, Aróstegui I, Bernal A, Pérez-Izquierdo J, et al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:206-12.
- Gamboa F, Gómez E, De Villar E, Vega J, Mayoral L, López R. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en una población de pacientes crónicos. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:213-7.
- Hayes BE. Cómo medir la satisfacción del cliente. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 1995.
- Tejedor M, Jiménez L, Bandera JJ, y Grupo de Costes de la SEMES. El coste de los procesos clínicos en los servicios de urgencias y emergencias. *Emergencias* 1998;10:393-405.
- Torres JM, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes JL. Coste por proceso en urgencias. *Todo Hospital* 1999;157:383-90.
- Tejedor M, Jiménez L, Torres JM, Bandera JJ, Arroyo JL, Buforn A, et al. El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las unidades de urgencias y emergencias. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:312-20.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.