



# Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



## EDITORIAL

## Reingeniería de procesos sanitarios

## Reengineering health procedures

### C. Empanan

*Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra, La Rioja, España*

Recibido el 18 de enero de 2009; aceptado el 17 de febrero de 2009

Disponible en Internet el 15 de septiembre de 2009

El artículo que publica el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Cruces en este número de la revista (López Álvarez-Buhilla et al<sup>1</sup>, Cirugía de alta resolución pediátrica) nos introduce en el concepto de la reingeniería de procesos sanitarios.

La sanidad no deja de ser una empresa que desarrolla su actividad muy por debajo de las posibilidades de cualquier empresa en muchas dimensiones críticas: efectividad, adecuación de las indicaciones y productos, seguridad, costes y valores ofertados. El incremento de la complejidad de cuidados ofertados en sanidad probablemente aumentará los problemas en las dimensiones mencionadas, a menos que se desarrollen reformas que van más allá de la financiación y que implican cambios significativos en la cultura, la práctica diaria y la forma de hacer efectiva la atención sanitaria.

La efectividad de los procesos sanitarios pasa por mantener un adecuado equilibrio entre las innovaciones diagnósticas y terapéuticas; el diseño de sistemas de atención y la tecnología de la información deben estructurarse de acuerdo a la mejor evidencia y experiencia, una formación constante y una adecuada revisión de los "productos" que ofrecen los procesos sanitarios ofertados. Para ello, debe mantenerse constantemente el objetivo en el paciente, incrementando constantemente la calidad, la seguridad, el conocimiento y el valor desarrollado en cualquier modelo sanitario<sup>2</sup>.

Los cambios desarrollados en los últimos 20 años en los sistemas e ingeniería de procesos de sectores, como la banca, las líneas aéreas o la industria automovilística

pueden aplicarse también en los modelos sanitarios para permitir una visión mucho más innovadora de la organización de sus estructuras y las funciones de desarrollo y monitorización de los procesos sanitarios.

El artículo que motiva esta editorial nos muestra algunos aspectos fundamentales a la hora de realizar una "reingeniería de procesos sanitarios":

1. Centra el modelo del nuevo proceso en el objetivo adecuado: la experiencia (positiva) del paciente. López et al nos muestran que aunque la cirugía pediátrica es compleja por las especialidades implicadas (cirujanos, anestesiólogos pediátricos en centros de referencia) y que envuelven actividades paralelas (evaluación primaria del pediatra, consultas de cirugía y anestesia) en las que tradicionalmente no se tienen en cuenta las necesidades del paciente (evitar en la medida de lo posible sacar de un entorno "hostil" al niño al que se debe intervenir) es posible desarrollar un proceso de ambulatorización quirúrgica centrado en las necesidades del paciente. Para ello, el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Cruces ha desarrollado un proceso que soportan todos los grupos profesionales integrantes (pediatras, cirujanos, anestesiólogos) y dirigido a evitar molestias a los pacientes, buscando en todo momento responder a las necesidades de éstos y enfocar la perspectiva del paciente (el niño y su familia) en el eje central del nuevo proceso sanitario.
2. El cambio en el proceso debe estar basado en la excelencia del sistema que tratará de desarrollar en la medida de lo posible su experiencia en la práctica clínica (guías clínicas de cirugía mayor ambulatoria pediátrica).

Correo electrónico: [cempanan@fhcalahorra.com](mailto:cempanan@fhcalahorra.com)

La identificación y mejora de las prácticas desarrolladas (en este caso durante más de 20 años) en cirugía mayor ambulatoria permite al sistema de reingeniería de procesos asegurar que el “producto” se desarrolla con seguridad y garantías en cada momento de éste y permite una cirugía segura. En cualquier proceso sanitario este desarrollo del proceso obliga a la creación de guías de práctica clínica basadas en la mayor evidencia científica y experiencia profesional que permite desarrollarlas como rutinas efectivas e implantar modelos de documentación de resultados que permiten mejorar las zonas más débiles del proceso conforme se desarrolla<sup>3</sup>.

3. El rediseño de los procesos obliga a hacer ajustes progresivos de éste basados en la propia experiencia a la hora de desarrollarlo. Las rutinas establecidas pueden requerir, en determinadas circunstancias, bien debidas a diferencias individuales del paciente o la familia, o bien a la experiencia del cirujano, anestesista o pediatra, ser variadas o ajustadas de forma muchas veces significativa. Siempre hemos de considerar que la reingeniería de procesos debe adaptar éste a la realidad del paciente, del proveedor del producto sanitario y a la organización que lo provee. La interacción en el artículo presentado entre cirujanos, anestesistas y pediatras de atención primaria se ha logrado tras un proceso de educación (MIR de Pediatría que han colaborado codo con codo con este equipo quirúrgico y ahora ejercen de facultativos en atención primaria), comunicación interdisciplinaria horizontal y coordinación y liderazgo institucional.
4. La reingeniería de procesos requiere, asimismo, de una interdependencia entre tendencias y distintas fases del proceso<sup>4</sup>. Un proceso remodelado es más vulnerable a los vínculos profesionales entre distintos tramos de asistencia sanitaria, por eso es vital crear un sistema coordinado que permita desarrollar y coordinar con seguridad todos los elementos necesarios para evaluar y operar de forma totalmente ambulatoria a los pacientes pediátricos seleccionados por estar incluidos grupos diagnósticos (enfermedad de pared abdominal, urología menor) altamente estructurados y desarrollados como ambulatorios en los últimos años. Para ello es imprescindible la presencia de un elemento de liderazgo y control del proceso (en este caso por parte de los cirujanos) y la transparencia informativa y *feed-back* por parte de todos los actores sanitarios implicados. El error humano es posible y el proceso debe tratar de evitarlo con modelos de seguridad, *check-list* y proteger al proceso rediseñado, al paciente y al profesional que lo aplica con un liderazgo implicado por parte de la dirección. El facultativo arropado por su dirección emprende cambios cualitativos considerables en el diseño de nuevos procesos sanitarios.
5. Finalmente, para proveer una adecuada motivación (no sólo profesional o personal) a fin de promover la reingeniería o sistemática de cambios en los procesos sanitarios es necesaria una evaluación de cambio en el “pago sanitario”. El hecho de que las medidas implicadas en este artículo supongan una reducción de consultas especializadas a nivel hospitalario (hasta 4 consultas: 3 quirúrgicas y una anestésica) y que implique una responsabilidad superior por parte de los pediatras del área (evaluación semiológica quirúrgica y preoperatoria anestésica) supone que el sistema sanitario desarrolle una compensación en los profesionales sanitarios implicados en el nuevo proceso, como puede ser, a modo de ejemplo, la creación de consultas y tiempos de consulta “ad hoc” en atención primaria, o una retribución diferenciada del proceso innovador con incentivos económicos o de formación<sup>5</sup>.

El concepto de reingeniería de procesos nos muestra en este caso que la creación de un nuevo modelo de ambulatorización de cirugía pediátrica consigue centrar el cambio en el verdadero eje de éste (el niño y su familia) que ahora deben acudir una sola vez al hospital para que pueda intervenir al niño de sus procesos quirúrgicos.

## Bibliografía

1. López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla MI, Olaizola Mendivil A, Latorre Guisasaola M. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. Rev Calid Asist. 2009. doi:10.1016/j.cali.2009.04.001.
2. Lee RC, Cooke DL, Richards M. A system analysis of a suboptimal surgical experience. Patient Saf Surg. 2009;3:1.
3. Doig GS, Simpson F, Finfer S, Delaney A, Davies AR, Mitchell I, et al. Effect of evidence-based feeding guidelines on mortality of critically ill adults: A cluster randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:2731–41.
4. McKinley KE, Berry SA, Laam LA, Doll MC, Brin KP, Bothe A Jr, et al. Clinical microsystems. Part 4. Building innovative population-specific mesosystems. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2008;34: 655–63.
5. Utsugi-Ozaki M, Bito S, Matsumura S, Hayashino Y, Fukuhara S; MEMO-J Study Group. Physician job satisfaction and quality of care among hospital employed physicians in Japan. J Gen Intern Med. 2009;24:387–92. Epub 2009 Jan 6.