

CAPÍTOL 7: EL CORE DEL MODEL

7.1. DIRECCIÓ PER PROCESSOS

7.2. MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS

7.3. GESTIÓ CLÍNICA

7.1. DIRECCIÓ PER PROCESSOS

7.1.1. INTRODUCCIÓ

En el segle XXI per sobreviure en un entorn extremadament turbulent, és imprescindible dotar l'organització d'una alta capacitat d'innovació, resposta i flexibilitat (Rosander 1994). És aquí on els criteris de Gestió de Qualitat Total ubicats en una organització vertical o taylorista no donen prou resposta, i apareix la necessitat de canviar el model d'organització per un model que permeti que les persones aportin la màxima innovació i que sigui totalment flexible per, d'aquesta manera, disposar de prou rapidesa per adaptar-se constantment a l'entorn i garantir la desitjada competitivitat (Keen 1997). La direcció per processos preveu les característiques esmentades (Davenport 1996). L'empresa s'ha d'organitzar sobre la base de les activitats o processos que s'hi realitzen (Hammer et al 1997), en comptes de fer-ho per l'organigrama funcional. D'aquesta manera s'aconsegueixen fluxos d'activitat el més curts possible, acords i sinèrgia general del conjunt dels col·laboradors (Costa 1996).

De tenir un enfocament funcional i conseqüentment parcial de l'organització, l'objectiu és tenir un enfocament integral de l'empresa (Pérez-fernández 1999). De fet, una empresa només canvia si canvia l'enfocament de les persones. Això, doncs, els processos el que busquen és harmonitzar les relacions entre les persones i activitats de l'organització mateixa, del necessari enfocament a

clients, amb la següent innovació i capacitat de resposta (Lamarca et al 1997b). La direcció per processos, és un dels elements nuclears de l'estratègia de la Gestió de Qualitat Total. Etiquetada erròniament en el sector sanitari, com eina novedosa, remunta els seus orígens als anys 1930-1950 en que sorgeix en els seus inicis com control de processos i es complementa posteriorment amb les modalitats de millora reactiva de processos anys 1960-1970 (millora continua) i millora proactiva anys 1980 (millora dràstica). A l'entorn sanitari, el terme procés pot constituir l'aglutinador de nombrosos conceptes, que al llarg dels darrers anys, s'han utilitzat. En aquest sentit, paraules tan utilitzades com protocols, guies de pràctica clínica, vies clíniques, cures estandarditzades, circuits assistencials, diagrames matricials, mapes de processos, etc. tenen cabuda en el que genèricament s'anomena gestió i millora de processos.

Aquesta metodologia introdueix valuoses aportacions a la gestió de les organitzacions sanitàries (Portillo et al 1996) al contribuir a la multidisciplinarietat i al treball en equip, que inclou la delegació de responsabilitats al mateix, facultant als seus membres (empowerment) per que siguin assumides amb total autonomia (Blanchard et al 1996), el que comporta canvis en tots els nivells de l'organització hospitalària: el rol dels professionals i la relació entre les professions, l'organització dels serveis i relació entre les especialitats i entre les unitats i el conjunt de l'hospital, és a dir el propi rol de l'hospital en el sistema d'assistència (Rodríguez 1997). En serveis, on la capacitat de reacció ho és tot, hi ha que enderrocar les parets dels departaments funcionals per a evitar que siguin compartiments estancs i hi ha que lluitar insistentment per a que tots els processos administratius i de gestió tinguin una orientació al client (Huete 1994).

L'objectiu de la direcció per processos en el sector sanitari es oferir una atenció satisfactòria en els centres sanitaris (Sánchez et al 1999). Hi han diferents metodologies amb un únic objectiu, millorar l'atenció sanitària i evitar la variabilitat en l'atenció oferida (Berwick 1993, Marqués 1998). Malgrat les dificultats, aquesta corrent es va estenent a tots els nivells assistencials (Carbonell et al 1999, Daniel et al 1999) integrant a tots els estaments (Clemente 1999, González 1999) de les institucions sanitàries, tant en organitzacions amb sistemes de gestió

tradicional, com en altres amb nous models de gestió (Guerrero 1998, Alcalde 1999, Estévez 1999). A l'estat espanyol s'ha iniciat la comunicació de les experiències de la gestió per processos, tant a l'àmbit de l'atenció primària (Carbonell et al 1999, Daniel et al 1999), atenció especialitzada (Ferro et al 1997, Clemente et al 1998, Alcalde 1999, Fojón et al 1999, Galí et al 1999, González 1999), en àrees administratives (Altamore et al 1999), de gestió i àrees clíniques (Monrás 1994, Osakidetza 1996, Portillo et al 1996, Monrás et al 1997, Clemente et al 1998, Noguera et al 1998, Díaz et al 1999, Sánchez et al 1999, Fortuny et al 2001 a b), de forma aïllada o integrant diferents nivells assistencials.

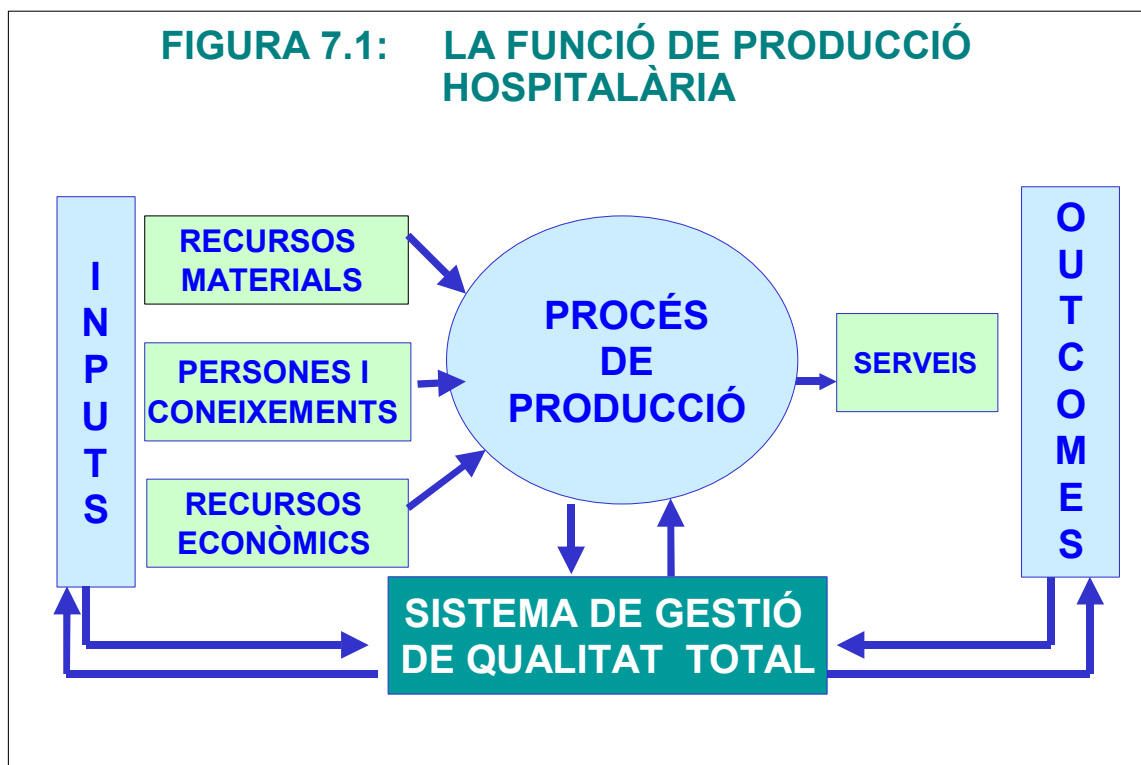
Aquest escenari complex però enormement estimulants, justifica la utilització de la gestió i millora dels processos com una valuosa oportunitat, per remoure la cultura i l'estructura clàssica dels centres hospitalaris de la xarxa pública. De l'extensa consulta bibliogràfica a la que s'ha tingut accés, no s'ha pogut trobar cap experiència hospitalària que a nivell global de tota l'organització, en la que es transformés una organització per poder dirigir per processos utilitzant la gestió clínica excepte la realitzada en el Pius Hospital de Valls (Fortuny et al 2001a,b). Hi ha experiències comunicades que són parcials, a nivells d'unitats, àrees o instituts clínics (Monrás 1994, Monrás 1997, Altamore et al 1999, Otero 2000, Miño et al 2000, Castro et al 2000, García et al 2000, Trilla et al 2000, Grau et al 2000, Moracho 2000), en el que no s'ha realitzat la integració global de les metodologies ressenyades. Aquest escenari futur no constitueix un privilegi reservant a l'èlit de la gestió, sinó que és una exigència professional, social i fins i tot ètica de les noves organitzacions sanitàries (Arcelay 1999).

7.1.2. DISSENY DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS

La DIRECCIÓ PER PROCESSOS ha interromput molt recentment en l'entorn de la gestió dels centres sanitaris públics, a diferència del món de la producció de bens i serveis no sanitaris. És la principal eina de la Gestió de Qualitat Total, que respon al criteri de simplicitat i de sentit comú. La sistematització d'aquesta forma de treball aporta una contribució important a la satisfacció del client, que

és considerat com un tot i, contribueix a identificar les múltiples ineficiències de la gestió sanitària en l'àmbit públic.

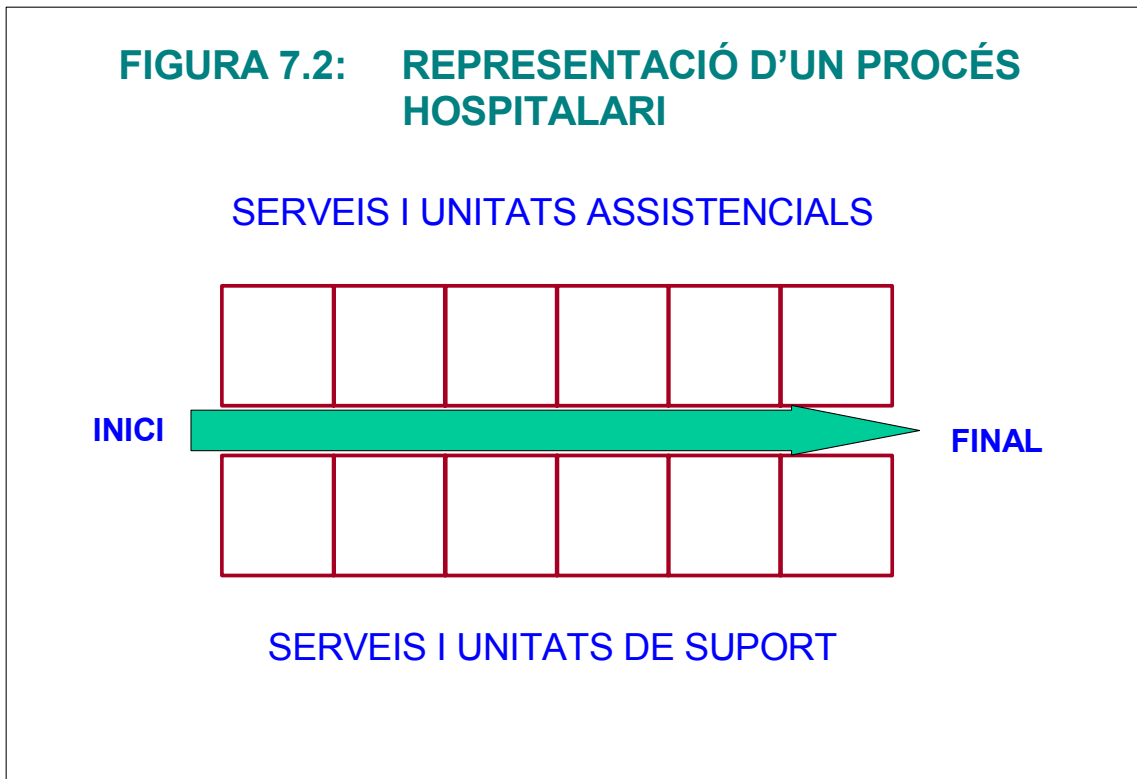
A totes les organitzacions siguin industrials o de serveis, privades o públiques, es realitza un procés de producció, amb la finalitat d'obtenir el resultat final desitjat. Aquest Procés de Producció (Figura 7.1) per suposat, és el que també es realitza als centres sanitaris i consisteix en la realització de PROCESSOS, és a dir, al produir-se una demanda d'un client, es realitzen grups d'activitats relacionades i seqüencials que transformen uns recursos (coneixements, tecnològics i econòmics) en els resultats desitjats en el client, afegint-hi valor (millora de l'estat de salut). La globalitat d'aquest procés s'ha de realitzar i gestionar amb QUALITAT TOTAL.



Font: modificat d'ESADE

Els processos tenen un inici i un final clarament definits i es caracteritzen per traspasar les diferents funcions de l'organització i per la seva orientació als resultats (Figura 7.2). Alineen els objectius de la institució amb les expectatives i necessitats dels clients. Indiquen com estan estructurats els fluxos d'informació i els fluxos dels recursos disponibles. I també, mostren les

relacions proveïdor/client entre les diverses funcions i com realment es realitza el treball.



Font: elaboració pròpia

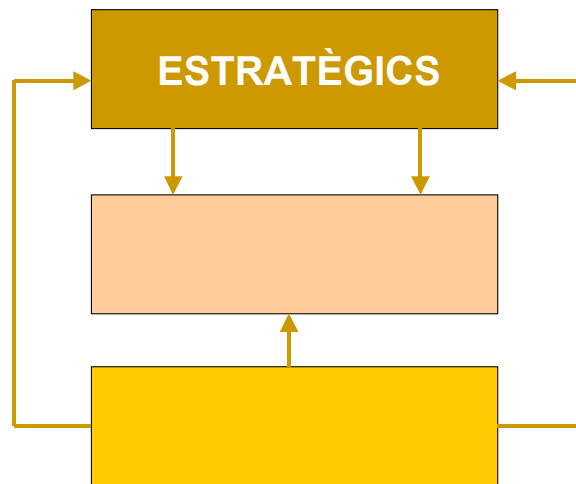
La CLASSIFICACIÓ DELS PROCESSOS és triple. Els FONAMENTALS són els que estan en contacte amb els clients. Els ESTRATÈGICS són aquells directament relacionats amb la Missió i la Visió de l'organització. Finalment, els de SUPORT permeten la realització dels anteriors (Figura 7.3).

Quan una organització sanitària ha planificat abandonar els sistemes clàssics de gestió i, avançar progressivament vers la gestió dels seus processos, i així introduir la Direcció per Processos, ha d'aplicar les sis etapes que s'exposen a continuació (Quadre 7.1).

FORMACIÓ EN GESTIÓ DE PROCESSOS DE L'EQUIP DIRECTIU HOSPITALARI. Per la conceptualització de la gestió dels processos, però sobretot per la seva implementació a tota l'organització, és necessari que els

membres de l'equip directiu del centre sanitari, rebin una formació bàsica en filosofia i metodologia de Gestió de Qualitat Total.

FIGURA 7.3: CLASSIFICACIÓ DELS MACROPROCESSOS



Font: elaboració pròpia

QUADRE 7.1. ETAPES DEL DISSENY DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS EN UN CENTRE HOSPITALARI

- ❖ **FORMACIÓ DE L'EQUIP DIRECTIU EN GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL**
- ❖ **FORMACIÓ CONSULTOR INTERN EN GESTIÓ DE PROCESSOS**
- ❖ **CONCEPTUALITZACIÓ DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS**
 - Disseny del mapa de macroprocessos
 - Identificació dels macroprocessos clau
 - Control dels macroprocessos
 - Priorització dels macroprocessos
 - Desplegament dels macroprocessos
- ❖ **METODOLOGIA DE DISSENY DE VIES CLÍNiques**
- ❖ **CRONOGRAMA D'IMPLEMENTACIÓ DE LES VIES CLÍNiques**
- ❖ **DISSENY, APLICACIÓ I AVALUACIÓ DE LES VIES CLÍNiques**

Font: elaboració pròpia

El primer executiu del centre ha de ser el líder del procés transformatiu que realitzarà la institució i per aquest motiu necessita el suport d'un **CONSULTOR, INTERN**, expert en la metodologia de la direcció per processos perquè lideri i doni suport durant el procés de documentació dels processos.

Per realitzar la **CONCEPTUALITZACIÓ DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS** en una organització hospitalària s'han de seguir cinc etapes.

- **MAPA DELS MACROPROCESSOS.** El mapa dóna la visió de la cadena de macroprocessos fonamentals i identifica tot el conjunt de la resta de macroprocessos, tant els estratègics com els de suport. Aquesta activitat ha de ser realitzada per un equip de treball del comitè directiu sota la coordinació dels consultor intern. Primer s'identifiquen els processos claus i posteriorment els estratègics i els de suport. El macroprocés crític en un centre sanitari és l'Assistencial, doncs, és la raó de ser de l'organització.
- **RESPONSABILITAT ÚNICA.** Els macroprocessos han de tenir un clar i únic responsable, per tant, el **PROPIETARI** del macroprocés, és una figura clau en la gestió estratègica dels processos. Ell és una figura clau en la gestió estratègica dels processos. Ell és la persona assignada per la gerència com a responsable de que el procés sigui eficaç i eficient. Els criteris majoritàriament acceptats per la selecció del **PROPIETARI** del macroprocés, estan basats fonamentalment en la seva capacitat de lideratge, en la credibilitat i capacitat per motivar a equips professionals multidisciplinaris, en la capacitat de veure de forma global a l'organització hospitalària i de promoure la Missió, els Valors institucionals i mitjançant l'aplicació de les línies Estratègiques planificades, assolir la Visió.
- **CONTROL DELS MACROPROCESSOS.** Únicament es poden gestionar estratègicament els macroprocessos si aquests estan controlats. I per tant, són **ENTESOS**, estan **DOCUMENTATS** i són **MESURATS**. Un procés és entès quan totes les persones involucrades en la seva operativa coneixen les seves característiques documentals. Un procés ha de complir deu característiques documentals (Quadre 7.2). Un aspecte clau per la gestió

d'un procés és que ha de ser mesurat, de manera que l'organització conegui el seu nivell de rendiment, respecte a les expectatives dels seus clients interns i externs i es pugui actuar conseqüentment en funció dels resultats obtinguts. Les mesures de rendiment han de ser un indicador clau de la salut del procés. Aquestes mesures han de ser poques i absolutament representatives de la seva salut.

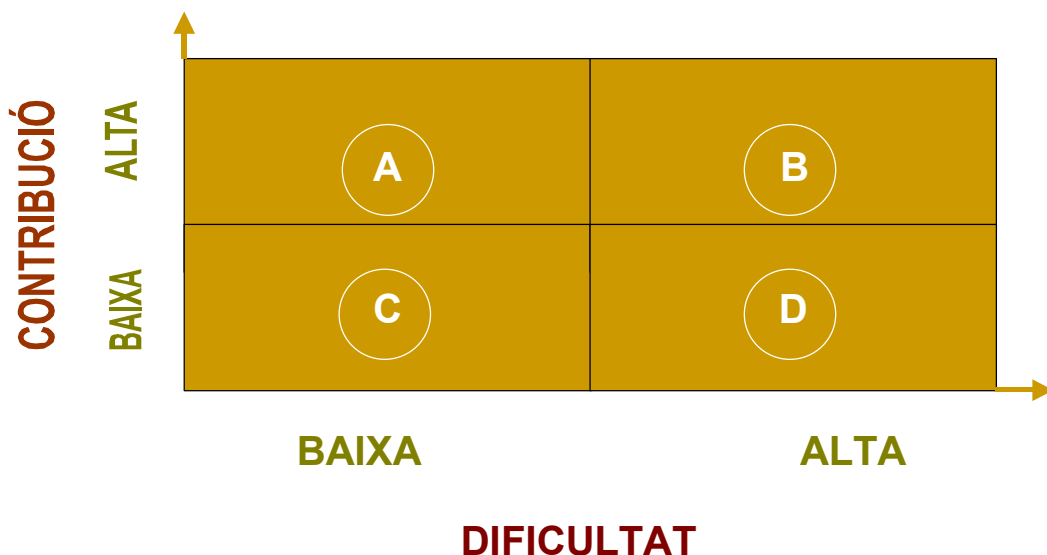
QUADRE 7.2. CARACTERÍSTIQUES DOCUMENTALS DELS MACROPROCESSOS

- ❖ MISSIÓ
- ❖ ASSIGNACIÓ DE PROPIETARI
- ❖ CLIENTS
- ❖ PROVEÏDORS
- ❖ INPUTS NECESSARIS
- ❖ OUTPUTS ESPERATS
- ❖ MAPA DEL PROCÉS
- ❖ DIAGRAMES (DE FLUXE I MATRICIALS)
- ❖ MESURES DE RENDIMENT
- ❖ ANÀLISI DEL PROCÉS: PUNTS FORTS I ÀREES DE MILLORA

Font: elaboració pròpia

- **PRIORITZACIÓ DELS MACROPROCESSOS.** Una vegada els macroprocessos han estat documentats per l'equip de treball, l'equip de direcció ha de procedir a la priorització dels mateixos, en funció de dos criteris, per un costat, es considera el grau de contribució del macroprocés respecte a l'assoliment dels objectius del Pla Estratègic i, per un altre, el grau de dificultat que la seva gestió i millora comporten. Un cop avaluats els processos, es col·loquen en una taula de doble entrada (Figura 7.4).

FIGURA 7.4: TAULA DE PRIORITZACIÓ DELS MACROPROCESSOS



Font: elaboració pròpia

Els macroprocessos enquadrats en el cas A (alta contribució i baixa dificultat) han de rebre una alta prioritat. Els inclosos en el cas B, han de ser curosament seleccionats i sols alguns podran ser considerats com altament prioritaris. Els macroprocessos del cas C, són els que perviuen a les organitzacions, malgrat la seva baixa contribució, i per tant cal pensar en la seva eliminació. En el cas D, són clars exemples a ser externalitzats fora de l'organització.

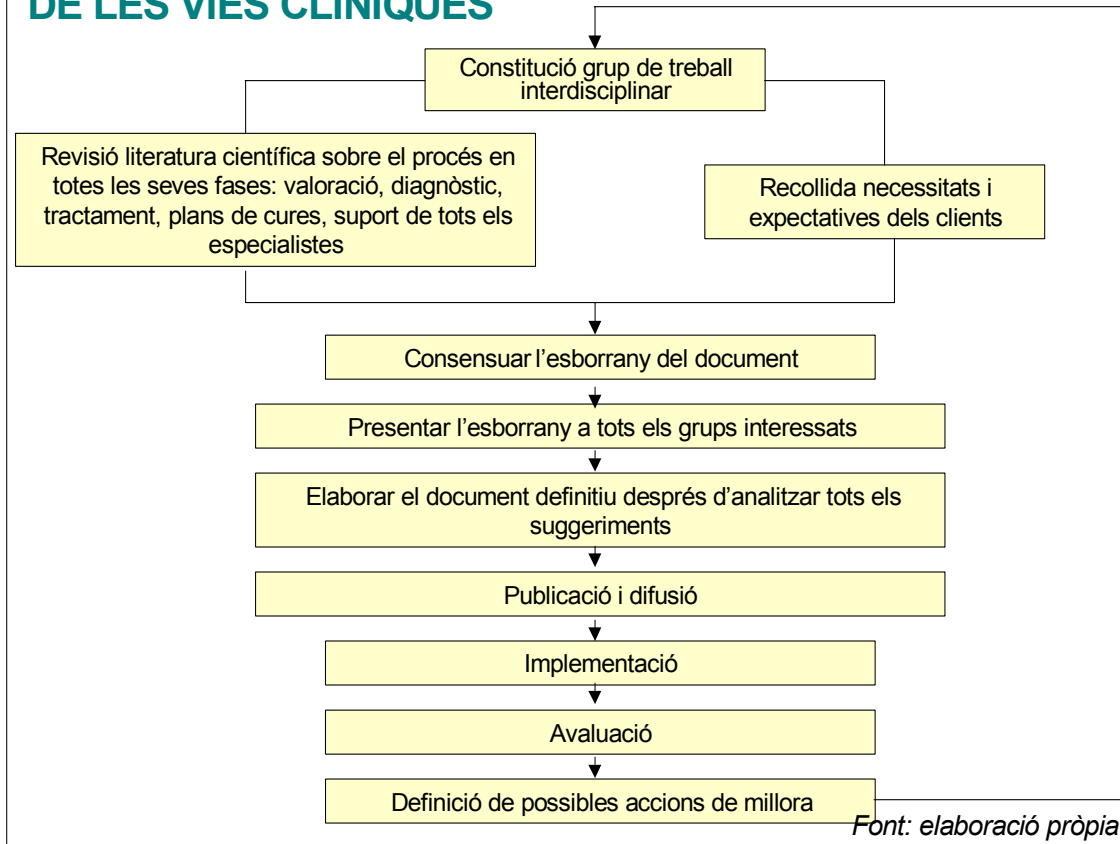
- **DESPLEGAMENT DELS MACROPROCESSOS.** Els MACROPROCESSOS es subdivideixen en nivells. El nivell 0 correspon als PROCESSOS, el 1 als SUBPROCESSOS i ens diuen el que es fa a l'organització. El nivell dos correspon al nivell operatiu o PROCEDIMENT i representa la documentació del nivell dos. Així tenim, per exemple, en un centre hospitalari el nivell 0 és el Macroprocés Assistencial, el nivell 1 pot ser el Procés Maternoinfantil, el nivell 2 el Subprocés de l'embaràs-part-puerperi sense complicacions i el nivell 3 correspondria a la Via Clínica de l'embaràs, part i puerperi sense complicacions.

- VIES CLÍNIQUES. Les vies clíniques o mapes d'assistència són instruments per a planificar i coordinar la seqüència de procediments mèdics, d'infermeria i administratius, necessaris per assolir la màxima eficiència en el procés assistencial (Carrasco et al 2001). El seu caràcter d'instrument organitzatiu i multidisciplinar (Figura 7.5) permet l'estandardització de les atencions per a un grup de clients amb una mateixa patologia i un curs clínic previsible (Campbell et al 1998). El seu format habitual és el d'un diagrama de fluxe del procés estandarditzat conjuntament amb una matriu de tasques-temps (Lamarca et al 1998) , tipus diagrama de Gantt, on les columnes contenen les divisions per dies i hores i a les files s'identifiquen els principals components de l'atenció sanitària (Coffe 1995, Luttman et al 1995) d'un centre hospitalari (secció 7.1.3: Figures 7.11 i 7.12). Les Vies es componen de diagrames de flux (secció 7.1.3: Figura 7.11), diagrames matricials (secció 7.1.3: Figura 7.12) i, d'indicadors d'avaluació del seu rendiment (secció 7.1.3: Taula 7.1)

En base a la major prevalença dels casos tractats, l'equip directiu de l'Àrea Clínica escolleix als components del grup de treball multidisciplinar. En el grup han d'incorporar-se tots els grups professionals implicats, metges, infermeres, treballadors socials, psicòleg, etc. Aquest grup de treball ha de realitzar, principalment, quatre tasques:

- Revisió sistemàtica de la literatura científica rellevant sobre el tema. Els protocols mèdics parteixen de la medicina basada en l'evidència científica (MBE) i en el seu defecte, en les recomanacions de les conferències de consens. El model de cures d'infermeria es basarà en el model de les necessitats desenvolupat per l'escola de V. Henderson.
- Desplegament amb el suport metodològic del Consultor Intern de Qualitat i de la Unitat d'Atenció al Client, de diferents tècniques, per conèixer les necessitats i expectatives dels clients interns i/o externs del procés (enquestes, entrevistes, focus-group, anàlisi de queixes i reclamacions).

FIGURA 7.5: METODOLOGIA DE DISSENY I APLICACIÓ DE LES VIES CLÍNIQUES



- Recollir tota la informació obtinguda i, redactar el document amb els diagrames de flux i matricials de manera consensuada. És fonamental que les vies clíniques incloguin criteris d'avaluació amb indicadors i estàndards de compliment, per realitzar la monitorització del procés assistencial.
- Un cop elaborada tota la documentació, ha de presentar-se a tots els professionals de l'equip assistencial, perquè aportin els seus suggeriments.

Analitzats aquests, es procedeix a realitzar la redacció definitiva del document. A continuació, es procedeix a la seva publicació i difusió a tots els interessats i la implementació de la mateixa.

El procés d'avaluació s'ha de realitzar anualment mitjançant el mètode de l'audit clínic, per part del propi equip que l'ha dissenyat i també es recullen les dades facilitades pel Servei de Sistemes d'Informació.

Com a conseqüència, d'aquesta avaluació i del feed-back rebut des de la Unitat d'Atenció al Client, es podran definir accions de millora, que seran elaborades per grups de millora específics. D'aquesta manera es tanca el cicle de millora continua PDCA (secció 7.2.2)

A partir d'aquí, es pot definir la DIRECCIÓ PER PROCESSOS com la direcció d'una organització en base a la gestió orientada als clients de la globalitat de tots els seus processos. Una organització sanitària que vulgui introduir la Direcció per Processos, ha de modificar prèviament la seva estructura organitzativa, per adaptar-la al Mapa de Macroprocessos que hagi elaborat (seccions 6.3 i 7.3)

ERRORS A EVITAR EN LA IMPLANTACIÓ DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS. A partir de l'experiència realitzada a una organització sanitària, el Pius Hospital de Valls, que ha consolidat la implantació de la Direcció per Processos, es poden fer les següents *s/s* consideracions:

- La Direcció per Processos no pot ser un fet aïllat en una unitat o servei de l'organització, s'ha d'aplicar a tota la institució i per tant cal que sigui un procés estratègic.
- La vella cultura organitzativa dels centres hospitalaris no pot oblidar-se, ni pot ser desconsiderada, cal fer des de la gerència amb el suport dels seus col·laboradors un gran esforç de pedagogia amb tots els col·laboradors, i concretament amb els clínics, doncs el macroprocés assistencial és el crític.
- Un estil de direcció jeràrquic no serveix en aquesta nova estratègia de gestió, cal per tant definir un nou estil bast en la confiança mútua i en l'estímul del desenvolupament personal i professional dels col·laboradors.
- La comunicació ascendent i sobretot la descendent ha de ser una prioritat absoluta del gerent i del seu equip. Cal la realització d'una auditoria de comunicació interna per establir les estratègies necessàries per combatre els punts febles.

- Les relacions entre els processos poden quedar desprotegides, és bàsic establir mecanismes de control i de superposició, que sense sobreposar-se a la nova estructura, vetllin pel bon funcionament de les “zones de ningú”.
- La implantació de la Direcció per Processos requereix alinear tots els sistemes clàssics de gestió al nou model (administració, relacions laborals, manteniment, sistemes d'informació, etc.).

7.1.3. APLICACIÓ DE LA DIRECCIÓ PER PROCESSOS EN UN CENTRE HOSPITALARI

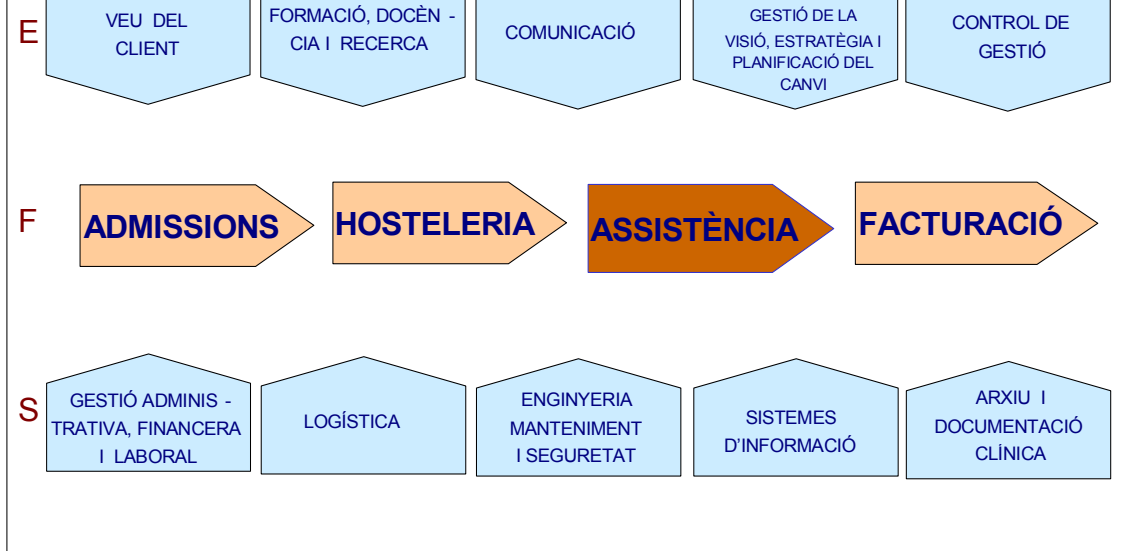
El Pius Hospital amb la implantació del primer Pla Estratègic 1998-2000, va iniciar l'aplicació de La Direcció per Processos, seguint d'una manera progressiva les etapes que a continuació es presenten:

FORMACIÓ DE L'EQUIP DIRECTIU. A partir de la realització d'un curs de formació en Gestió de Qualitat Total (ESADE 1998) en el que van assistir l'equip directiu i tots els comandaments del PHV, es va iniciar el procés d'introducció de la direcció per processos. El procés de formació es va complementar en accions de benchmarking estratègic de gerència i directius a quatre centres hospitalaris: Hospital del Mar (Barcelona), H. d'Aranzazu (Donosti), H. Clínic (Barcelona) i H. Parc Taulí (Sabadell).

CONSULTOR INTERN DE GESTIÓ DE PROCESSOS. La directora de la divisió d'infermeria va ser escollida, per la seva formació i pel seu tarannà pedagògic i facilitador, com la Consultora Interna que havia de donar suport els propietaris dels processos, durant la fase de documentació i implementació.

MAPA DE MACROPROCESSOS. Producte del procés formatiu, l'equip directiu, va identificar catorze macroprocessos (Figura 7.6), quatre macroprocessos fonamentals, dels quals l'Assistencial és el crític, doncs és la raó de ser d'un centre hospitalari, cinc estratègies i cinc més de suport.

FIGURA 7.6: CLASSIFICACIÓ DELS MACROPROCESSOS DEL PHV



Font: elaboració pròpia

RESPONSABILITAT ÚNICA. El procés d'assignació de responsabilitat única dels macroprocessos, en un centre hospitalari organitzat en direccions divisionals, representava trencar l'estructura jeràrquica clàssica i endegar un procés de canvi organitzacional innovador i pioner en els hospitals públic de l'estat espanyol.

El primer pas va ser l'acceptació d'un canvi vers al desconegut, per part de tots els membres de l'equip directiu. En segon lloc es va documentar el procés crític (l'Assistencial) i a continuació es va realitzar el seu desplegament en els diferents nivells (Quadre 7.3), de procés, subprocés i procediment. Cadascuna de les noves Àrees Clíniques va procedir igualment al seu propi desplegament (Quadre 7.4) A continuació el primer executiu va assignar la responsabilitat de propietaris a nivell de procés a sis professionals del centre. I conjuntament amb la direcció de la divisió funcional d'infermeria, es va iniciar un procés de reflexió sobre la conceptualització i aplicació de la Gestió Clínica en el PHV (secció 7.3.3.). Fruit d'aquesta reflexió va ser el disseny d'un nou model organitzatiu (Figura 6.4), que permetés la Gestió de Qualitat Total basada en la direcció per processos, la seva millora permanent i la gestió clínica.

QUADRE 7.3: DESPLEGAMENT DEL MACROPROCÉS ASSISTENCIAL

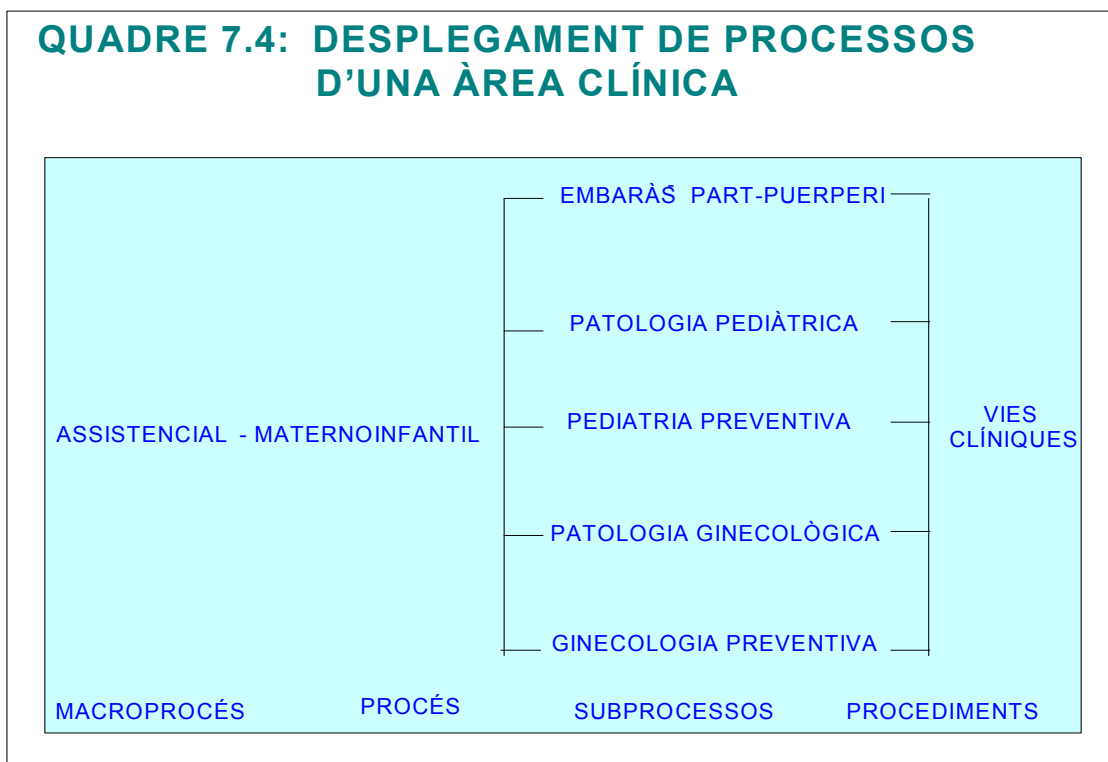
MACROPROCÉS	PROCÉS	SUBPROCÉS	PROCEDIMENT
ASSISTÈNCIA	MATERNAINFANTIL	GRD	VIES CLÍNiques
	QUIRÚRGIC	GRD	VIES CLÍNiques
	CRÍTICS	ATENCIÓ	VIES CLÍNiques
	SUPORT-DIAGNÒS - TICO -TERAPÈUTIC	SUPORT CLÍNIC	VIES I PROCEDIMENTS
	MEDICINA I GERIATRIA	GRD	VIES CLÍNiques
	RESIDENCIAL	ATENCIÓ	PLANS DE CURES

Font: elaboració pròpia

En aquest nou organigrama el nou procés crític té un pes específic molt important, doncs els sis propietaris del seu desplegament, són els Directors d'Àrees Clínicas i els dos Directors d'Àrees de Suport, assumeixen la responsabilitat dels altres macroprocessos. Per tant, en la introducció gradual d'aquest nou Model de Gestió el nivell de responsabilitat dels processos concentra a nivell dels Directors d'Àrea. En una segona fase, quan el desplegament estigui finalitzat i l'organització hagi madurat i assimilat la naturalesa del canvi, caldrà assignar responsabilitat a nivell 2, subprocessos, és a dir nivell de responsabilitat operativa.

Els criteris emprats per la selecció i assignació dels propietaris, van ser la seva capacitat de lideratge, credibilitat personal i capacitat professional per motivar a equips multidisciplinars (metges, infermeres i administratius) , així com la capacitat de negociació per adoptar canvis i relacionar-se amb el primer executiu i, en la capacitat de veure de forma global al PHV i assolir l'horitzó estratègic.

CONTROL DELS MACROPROCESSOS. La directora de la divisió d'infermeria, com a Consultora Interna en gestió de processos, mitjançant reunions amb els responsables dels catorze macroprocessos i persones claus, per elles assignades, va col·laborar en la realització de tot el procés de documentació dels mateixos (annex 3). El treball va ser presentat al nou equip



Font: CLEMENTE PA

directiu, fruit de la reforma organitzativa realitzada per adaptar el PHV a la direcció per processos, el qual va realitzar modificacions per la seva millora i posterior aprovació. Va significar realitzar una molt important reflexió sobre el contingut de cada macroprocés i, descobrir que en molts casos no existia una comprensió global i comuna dels mateixos. Això, comportà la modificació profunda de tots els diagrames de flux i l'anàlisi permonitoritzada de cada macroprocés i la proposta d'àrees de millora i la definició de mètriques de rendiment.

DESCRIPCIÓ DEL MACROPROCÉS CRÍTIC HOSPITALARI:

Els hospitals tenen els mateixos problemes que les organitzacions més complexes de tipus funcional, però amb la particularitat de que el producte

servei, es realitza a persones, amb les que s'ha d'actuar per aportar-lis valor afegit al seu benestar biològic, psíquic i sociocultural. El nucli de producció hospitalària són els PROCESSOS ASSISTENCIALS, és a dir, *el conjunt d'activitats sanitàries i de suport que es realitzen sobre el client durant la seva relació amb l'hospital.*

EI MAPA DEL MACROPROCÉS ASSISTENCIAL (Quadre 7.3) és una senzilla representació gràfica de les etapes més elementals del procés des de la perspectiva del client. La descripció de les etapes ha de ser clara, concisa, operativa i comunicable, de manera que sigui útil per a la formació i l'anàlisi global del procés, per part dels equips professionals.

A les organitzacions sanitàries es desenvolupen simultàniament múltiples processos, alguns tenen relació directe amb l'assistència i d'altres no, són el que anomenem Processos Sanitaris i Processos no Sanitaris. El Macroprocés Assistencial (Figura 7.7) té doncs un component sanitari realitzat per professionals d'equips assistencials multidisciplinaris que realitzen les fases, diagnòstica, valorativa, tractament, plans de cures i avaluació de resultats. Aquesta nova concepció permet alinear a tot l'equip multidisciplinari que hi participa en una mateixa direcció, el de millorar el benestar de la persona atesa. El component no sanitari és el que també s'anomena de suport tècnic, i abasta, admissió, recepció, hostaleria, logística, administració, manteniment, seguretat, atenció al client i treball social.

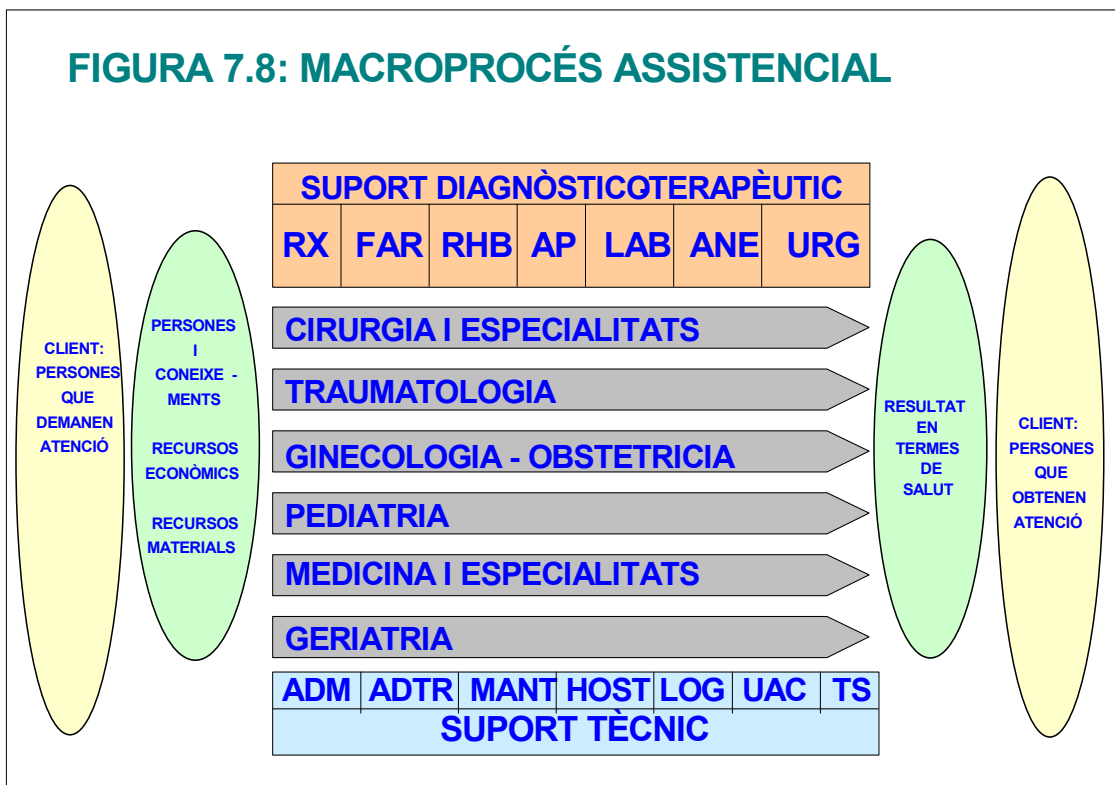
Els clients del Macroprocés Assistencial (Figura 7.8) són persones que demanden atenció especialitzada a un centre hospitalari. El qual disposa de professionals i recursos per facilitar la globalitat del procés assistencial a nivell dels serveis clínics demandats. Els quals, a la seva vegada, reben el suport dels serveis diagnòstico-terapèutics i dels serveis de suport tècnic no assistencial, per a la realització integral del procés. S'obtingran uns resultats en termes de salut del client, el qual per tant haurà obtingut l'atenció que havia demandat.

FIGURA 7.7: COMPONENTS DEL MACROPROCÉS ASSISTENCIAL



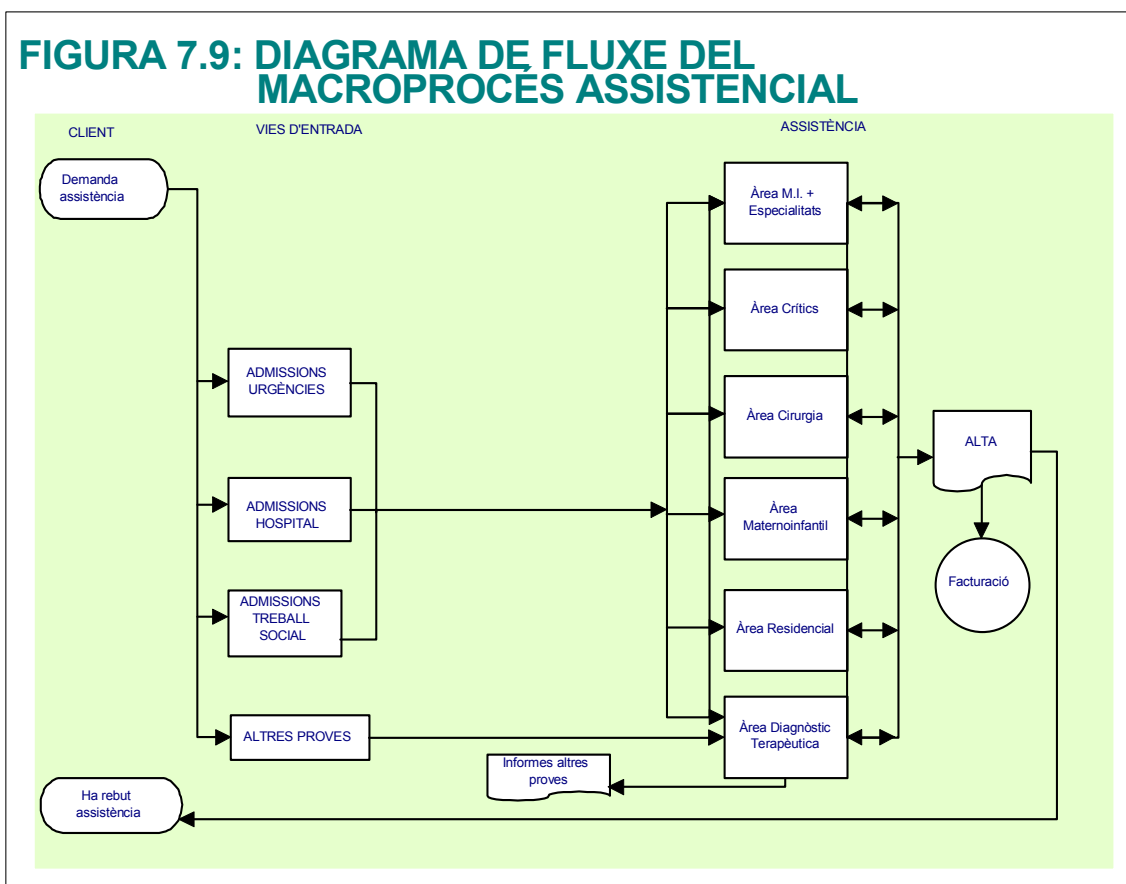
Font: elaboració pròpia

FIGURA 7.8: MACROPROCÉS ASSISTENCIAL



Font: elaboració pròpia

Per implementar la gestió del procés assistencial un cop assignat el seu responsable, és necessari diagramar-lo (Figura 7.9), documentar-lo extensament i de manera estandarditzada. Un dels aspectes fonamentals de la gestió per processos és tenir-los mesurats. Només a partir de la seva mesura sistemàtica, es pot establir la seva estabilitat i que es trobi en situació de control (Quadre 7.5). s'estableixen les vint-i-tres mètriques bàsiques per controlar el macroprocés assistencial, amb la seva freqüència de mesura, l'objectiu pactat amb els propietaris dels processos, el sistema del control i el responsables del mateix.



Font: elaboració pròpia

PRIORITZACIÓ DELS MACROPROCESSOS DEL PHV. Un cop els processos havien estat documentats, l'equip directiu va realitzar la classificació dels processos puntuals de 1 a 5 el grau de contribució a l'obtenció de la visió i objectius de l'hospital, així com també es va puntuar de 1 a 5 el grau de dificultat que la seva gestió i millora comportaven. De la seva aplicació, en el PHV (Figura 7.10) es pot observar que no es van considerar processos sobrants. Una reflexió actualitzada d'aquesta classificació és l'altíssim grau de

dificultat sorgida en la implementació els nous sistemes d'informació, al contrari del que es va suposar a l'any 1998 per manca d'experiència de canvi de sistemes, per part de tot el comitè directiu..

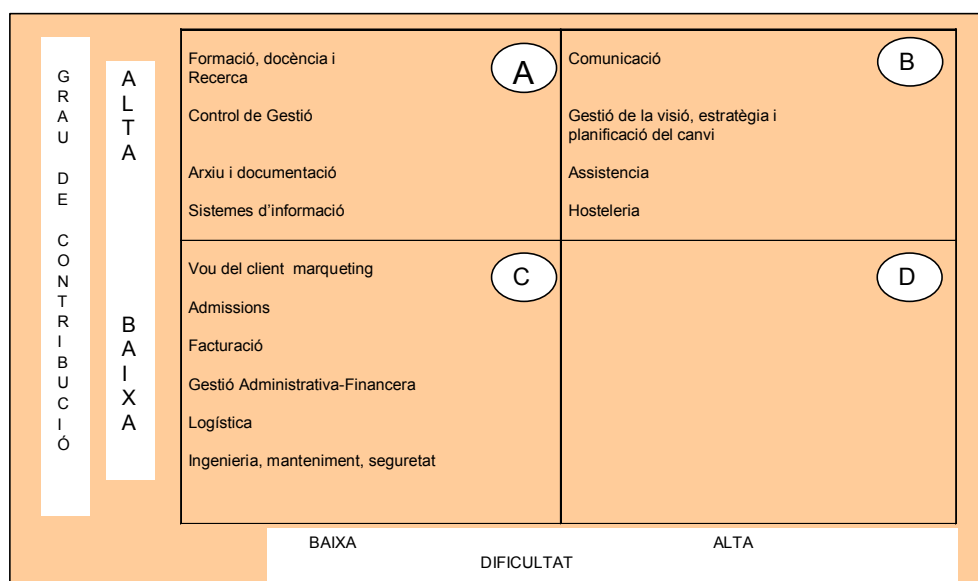
QUADRE 7.5: MÈTRIQUES DE CONTROL DEL MACROPROCÉS ASSISTENCIAL

Mètrica	Freqüència medició	Objectius	Còm es controla	Responsable del control
N. Altes	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. estadets per tipologia a sotsaguts	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. estadets a la Residència assistida	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. Urgències	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
Activitat serveis suport	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. episodis H. dia	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. P. Visites consultes externes	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
Rati 2/1 a consultes externes	Mensual	Variable segons dispensaris	SIS	Direcció Administrativa
Llista d'espera consultes externes/ proves/ quiròfan	Mensual	Especifica per cada dispensari	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
N. intervencions quirúrgiques	Mensual	98-105%	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
Estada Mitja	Mensual	4-4.5 dies	SIS-Línies (SPC)	Direcció Administrativa
Estada Mitja per GRD (25 més prevalents)	Trimestral	Específic per cada GRD	Servei Gestió Clínica	Servei Gestió Clínica
Reingressos	Trimestral	< 2%	Servei Gestió Clínica	Servei Gestió Clínica
Reintervencions	Trimestral	< 1%	Servei Gestió Clínica	Servei Gestió Clínica
Suspensions quirúrgiques	Mensual	< 2%	SIS	Direcció Administrativa
Coste total/ GRD	Trimestral	Específic per cada GRD	Servei Gestió Clínica	Servei Gestió Clínica
Cost laboratoris/ GRD	Trimestral	Específic per cada GRD	Servei Gestió Clínica	Direcció Administrativa
Cost farmàcia/ GRD	Trimestral	Específic per cada GRD	Servei Gestió Clínica	Direcció Administrativa
% cesàries	Mensual	< 19%	SIS-Línies (SPC)	Servei Gestió Clínica
Mortalitat perinatal	Mensual	< 5%	SIS	Servei Gestió Clínica
Mortalitat	Trimestral	Variable segons tipologia	Servei Gestió Clínica	Servei Gestió Clínica
Incidència infecció nosocomial	Trimestral	Variable segons tipologia	Servei Gestió Clínica	C. Infeccions
Realització àudits clínics	Semestral	100%	Informe D. Àrea	Director Àrea

SIS: SISTEMA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA
 SPC: CONTROL ESTADÍSTIC DE PROCESSOS

Font: elaboració pròpia

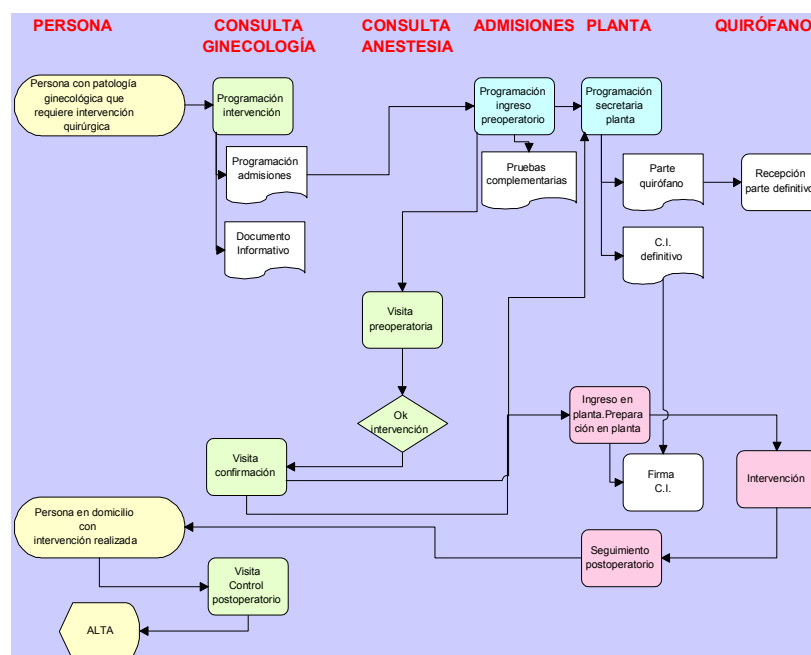
FIGURA 7.10: PRIORITZACIÓ DELS MACROPROCESSOS DEL PHV



Font: elaboració pròpia

APLICACIÓ DE LES VIES CLÍNIQUES EN EL PHV. La primera via clínica que es va dissenyar i aplicar en el PHV, va ser la de l'embaràs-part-puerperi (Clemente et al 1998) per dos motius, el primer es que correspon a un procés de la primera Àrea Clínica en funcionament (1998) i segon, és el subprocés assistencial més prevalent del centre hospitalari. L'equip assistencial multidisciplinari (ginecòlegs , pediatres, psicòleg, infermeria, treballadora social i administratius) va ser escollit pels membres del Comitè Directiu de la pròpia Àrea. La metodologia utilitzada és la que s'ha exposat anteriorment (Figura 7.5), incorporant els diagrames de flux (Figura 7.11), diagrames matricials (Figura 7.12) i, indicadors i estàndards per la seva avaluació (Taula 7.1).

FIGURA 7.11: EXEMPLE DE DIAGRAMA DE FLUXE DE LA VIA CLÍNICA DE L'EMBARÀS-PART-PUERPERI



Font: CLEMENTE PA

Al finalitzar l'any 2000, s'havien avaluat cinc vies en quatre de les cinc Àrees Clínicas del PHV, i n'hi havien tres més en fase de desenvolupament. Les vies incorporant criteris d'avaluació, amb els respectius indicadors i estàndards de compliment, que permetin la monitorització del procés. La primera avaluació va ser realitzada (1998) pel propi Director de l'Àrea Maternoinfantil, Actualment, un

cop superades les reticències inicials dels professionals, és un equip multidisciplinar (metge i infermera) el que realitza l'audit clínic, que permet avaluar el correcte compliment de les vies clíniques (Taula 7.1). El plantejament

FIGURA 7.12: EXEMPLE DE DIAGRAMA MATRICIAL DE LA VIA CLÍNICA DE L'EMBARÀS -PART-PUERPERI

	DÍA 0	DÍA 1	DÍA 2
MEDICACIÓN	Venoclisis Suero glucosalino 1/3 a ritmo de 500 cc/4 20 U.I de Syntocino®. durante 2 horas. analgó- peridural 6 Nolotil® 1 c/6 I.V. si presisa y vía oral dieta Si lactancia Dopergin® horas	Ferogradumet® 1- Paracetamol 1 Si Trombocid® en caso hemorroides o apl. 8	
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE	Higiene y asepsia de episiotomí Mañana: Ducha y Tarde: Valoración e higiene con Rosalgin® Prevención de la aparición de grietas, en la		Extender calostro los pezones y
MOVILIZACIÓN	Ayuda a la movilización y a la lactancia primeras postpart Si anestesia deambulaci3n a las dos Aut3nom del parto. Ayuda y Si analg3- peridural deambulaci3n las 6 horas del parto. Ayuda y		

Font: CLEMENTE PA

del PHV és aplicar, al llarg del període 1998-2004, les vint-i-quatre vies clíniques (Taula 7.2), que expliquen el setanta cinc per cent dels casos més prevalents dels subprocessos assistencials .

Un element clau en la elaboraci3n de les vies clíniques, és la incorporaci3n de la Veu del Client, per medi de l'aplicaci3n de la metodologia del focus-group. Durant la realitzaci3n de la primera via es van realitzar tres reunions de focus-group amb un total de setze clients. El criteri per a la inclusi3n era el d'haver donat a llum en l'hospital durant l'any de la elaboraci3n de la via clínica (1998). Destacava com feblesa del procés (Quadre 7.6), l'excessiva pressió dels professionals d'infermeria i dels pediatres per aconseguir per part de les mares, l'acceptaci3n de l'alletament matern. Destacava molt positivament, el molt bon tracte rebut, sobretot per part de les infermeres.

TAULA 7.1. AVALUACIÓ DEL PROCÉS EMBARÀS-PART-PUERPERI

INDICADOR	ESTÀNDARD	1998	2000
Seguiment protocol gestació	> 95%	79.5%	97.3%
N. Visites en gestació risc 0	< 4.5	6.3	4
N. Ecografies en gestació risc 0	3	4.9	3.1
Realització RCTG abans setmana 40	< 20%	95.4%	22.3%
Nota d'ingrés adequadament complimentada	>99%	90.5%	99.8%
Pantograma adequadament complimentada	>95%	76.3%	96.5%
% ordres mèdiques correctes	>90%	10.2%	98.8%
Valoració d'infermeria a l'ingrés	>95%	10.2%	99.2%
Aplicació del pla de cures d'infermeria	>95%	11.3%	98.1%

Font: CLEMENTE PA

CONTINUUM ASSISTENCIAL EN EL PIUS HOSPITAL

En el PHV es realitza un model d'atenció integral a la xarxa de serveis assistencials (atenció primària-especialitzada-sociosanitària-salut mental-salut pública-atenció social) d'un mateix territori, gestionada per un o varis proveïdors de serveis de salut mitjançant l'establiment d'aliances estratègiques amb la finalitat de millorar l'estat de salut global dels ciutadans. La gestió integral de processos assistencials és una forma innovadora d'entendre l'atenció sanitària a través de tot el procés, en tots els nivells d'atenció i al llarg de tot el cicle de la història natural de la malaltia.

TAULA 7.2. CALENDARI D'APLICACIÓ DE LES VIES CLÍNIQUES

VIES CLÍNIQUES	1.998	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003	2.004
ÀREA CLÍNICA MEDICINA I GERIATRIA							
Accident vascular cerebral			X				
Cardiopatia isquèmica				X			
Edema pulmonar obstructiva. C					X		
Pneumonia						X	
ÀREA CLÍNICA QUIRÚRGICA							
Hernia inguinal			X				
Gonartrosis				X			
Adenoma Pròstata				X			
Colelitiasis					X		
Coxartrosis					X		
Desviació septal					X		
Cataracta					X		
Fractura de Fèmur						X	
Tumor Vesical						X	
Varius							X
Tumor mama							X
ÀREA CLÍNICA MATERNOINFANTIL							
Embaràs, part i puerperi normal	X						
Cesària		X					
Histerectomia			X				
Ginecologia Preventiva			X				
Cirurgia Major Ambulatòria			X				
Procés respiratori pediàtric		X					
Nounat amb risc infecció				X			
Gastroenteritis				X			
Diabetes infantil			X				

Font: elaboració pròpia

QUADRE 7.6. CONCLUSIONS DELS FOCUS-GROUP DE LA VIA CLÍNICA DE L'EMBARÀS-PART-PUERPERI

❖ PUNTS FORTS

Tracte rebut per part dels diferents professionals, especialment per les infermeres de la unitat d'hospitalització

Alta qualitat de les visites mèdiques de control de l'embaràs

❖ PUNTS FEBLES

Visites repetides entre l'hospital i l'Atenció primària

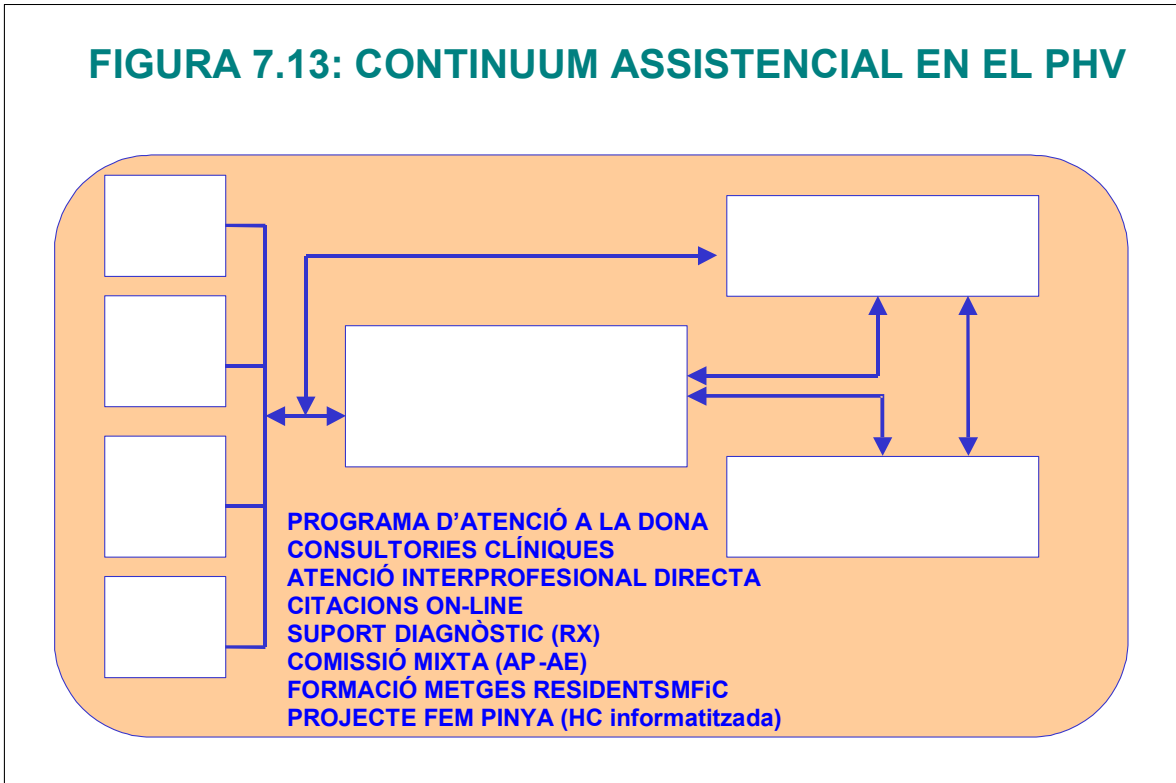
Excessiva espera a les visites d'obstetrícia

Excessiva pressió dels professionals perquè acceptessin l'anestèsia peridural i l'alletament matern

Font: CLEMENTE PA

És per aquest motiu, que juntament amb l'Institut Català de la Salut, entitat proveïdora dels serveis d'atenció primària, a la zona d'influència del PHV. Des de l'any 1996, amb la introducció del Model GESHQUAT, es va impulsar una aliança estratègica entre ambdues institucions, amb la creació d'una Comissió Mixta Atenció Primària i Especialitzada. La Comissió va ser constituïda per professionals de les diferents branques de la salut i té com a objectiu facilitar la seva comunicació. Al llarg d'aquests darrers cinc anys, les dues institucions han avançat conjuntament en diversos camps (Figura 7.13). Des de la gestió de la reserva de citacions a les agendes de consultes externes hospitalàries a la citació on-line des de les Àrees Bàsiques (ABS). Així com l'establiment de consultories especialitzades de medicina i traumatologia als equips assistencials de les ABS. Formació compartida dels metges residents de Medicina Familiar i Comunitària. Actualment ambdues institucions estem treballant conjuntament amb un proveïdor de software, per la elaboració d'un model de història clínica electrònica compartida.

FIGURA 7.13: CONTINUUM ASSISTENCIAL EN EL PHV



Font: elaboració pròpia

7.2. MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS

7.2.1. INTRODUCCIÓ

Com ja s'ha esmentat anteriorment, els hospitals contractats de la XHUP són organitzacions empresarials i com a tals han de ser gestionades. No n'hi ha prou amb una perspectiva individual de l'execució del treball sinó que és fa imprescindible assolir que l'aportació individual de cada professional es converteixi mitjançant les diferents pràctiques de gestió en la millor contribució possible a la consecució de la missió de l'organització (Fernández-León et al 2000). Independentment dels diferents interessos dels diversos grups d'interès del sistema sanitari. La qualitat d'un hospital ha de tenir una més que estreta relació amb la missió, que constitueix el nucli de la seva activitat.

Des de l'origen del concepte de Qualitat Total (Feigenbaum 1961), la variabilitat dels processos i la introducció de l'estadística (Shewhart 1931), els 14 punts de la gestió de la millora de la qualitat (Deming 1989), teoria Z (Ouchi 1981), cercles de qualitat i

implicació dels col.laboradors (Ishikawa 1994), zero defectes i els costos de la qualitat (Crosby 1987), la mundialment reconeguda trilogia de la qualitat: planificació, control i millora de la qualitat (Juran 1993), fins al programa de millora Sis Sigma de Motorola (Tort-Martorell 2000b), l'abordatge de la qualitat de l'atenció a les organitzacions sanitàries ha experimentat en el transcurs dels darrers anys variacions importants (Suñol et al 1997), no sols en els aspectes metodològics sinó en les conceptuals (Mira et al 1998). Han evolucionat des de les mesures de resultat final i l'acreditació de l'estructura (Bohigas 1996) fins a les recents incorporacions dels mètodes preconitzats per la teoria de la Gestió de Qualitat Total (Berwick et al 1990). La qual suggereix que aconseguir un alt nivell de qualitat dels serveis és una qüestió d'actituds més que de mètodes. Per tant per a millorar hi ha que estar disposat a canviar (Cottle 1991). La millora sempre implica canvis (Avellana et al 1994a) i una recerca constant del que cal fer d'una manera diferent (Marquet et al 1994, Suñol 1999). La TQM s'adoptarà gradualment i no en bloc. Per això, l'empresa ha d'identificar alguns projectes importants per començar i demostrar que la TQM funciona adequadament (Price et al 1994)

En el sector sanitari, durant la dècada dels noranta s'ha produït un ràpid desenvolupament de tècniques d'avaluació (Avellana et al 1994a) i millora continua de la qualitat (Avellana et al 1994b, Bañeres 2000). Diferents raons han afavorit aquest interès. Per un costat, el compromís ètic de cercar el millor per al pacient, assegurant l'efectivitat (Mira et al 1996). Per un altre, raons de mena organitzativa com la desaparició de la beneficència i la consideració de les organitzacions sanitàries com xarxes d'empreses de serveis, junt a la necessitat de contenir la despesa creixent en sanitat. El concepte actual de qualitat ha evolucionat fins convertir-se en una forma de gestió que introdueix el concepte de millora contínua en qualsevol organització i a tots els nivells de la mateixa (Lorenzo et al 2000). La qualitat s'incorpora en el sector serveis, i es defineix com la diferència entre el que el client espera/desitja i el que percep. La veu del client s'incorpora com a mètode per a determinar el nivell d'excel·lència assolit. Aquesta nova visió, propiciada pel grup de Parasuraman, en el model SERVQUAL (Zeithmal et al 1993) ha tingut aplicacions en el camp sanitari (Ibern 1992, Aguirre et al 1996, Mira et al 1996,

Moliner et al 1996, Mira et al 1997a,b, Scardina 1997) i l'adaptació SERVQHOS ha iniciat el seu desenvolupament en el món sanitari espanyol (Mira et al 1998).

Les anàlisis dels processos amb la finalitat d'assolir la millora dels serveis oferts ha de tenir com objectiu la satisfacció dels clients externs, sadollant les seves expectatives, però també, les del client intern (Humet 1999). Així, alguns autors afirmen que no es poden satisfer les necessitats dels clients externs sinó s'assoleixen les de l'intern (Albrecht 1990). Ara bé, no podem oblidar, la importància de l'eficiència econòmica, i s'ha demostrat que els costos d'implementar programa de qualitat, són molt inferiors als estalvis que proporcionen (Godfrey et al 1993). Per tant, l'objectiu ha de ser assolir els zero defectes, fent les coses bé a la primera (Crosby 1987) i que per a millorar cal estar disposat a canviar (Cottle 1991). L'oportunitat de traduir de manera efectiva les decisions estratègiques en operacions millorarà la capacitat de funcionar dels centres hospitalaris. Les oportunitats de col·laboració estable públic/privat i el moviment per a la millora continua de la qualitat, constitueixen reptes i oportunitats de gestió significatives en el sector públic (Kaluzny et al 1995). El més important és reconèixer que per assolir millores de la qualitat és necessari conèixer les necessitats i expectatives dels pacients i saber convertir-les en requisits i en objectius assistencials (Mira et al 2000). Es tracta, en definitiva, de reorientar els processos incorporant el punt de vista dels clients (Fortuny et al 2001 a b).

L'Atenció al Client hi ha que sentir-la i comprendre-la (Elias 1994). Conèixer el nom del metge o de la infermera, la informació comprensible, l'organització horària, rebre un tracte correcte o unes instal·lacions dignes, fan que l'estada del pacient sigui més agradable i aconseguen que el seu nivell de satisfacció amb les cures rebudes millori (Mira et al 2000). El treball de tot el personal de l'equip implicat serà qui ho assolirà, sense fer més que treballar en equip amb sentit comú (Lorenzo 1999). La millora continua és la única forma d'avançar i, per tant, només s'aconsegueix si les persones estan involucrades amb la institució i amb els problemes.

Diferents autors destaquen el valor de la participació en el presa de decisions com factor de motivació i satisfacció i alhora defensem la necessitat d'un canvi profund en les estructures jeràrquiques burocratitzades de les organitzacions (Galbraith et al 1993, Peters 1995, Heskett et al 1993, Ostroff 2000). Altres destaquen la qualitat en el servei al client intern (Albrecht 1990), com pas imprescindible per assolir nivells alts de qualitat en el servei al client extern. I per tant cal realitzar la inversió de la piràmide organitzativa i posar tota l'organització al servei del client extern (Carlzon 1991). Els dubtes sorgits en el camp sanitari sobre l'aplicabilitat de les teories de la Gestió de Qualitat Total han estat contrarestats per les dades aportades per dos grups de recerca (Godfrey et al 1993, McLaughlin et al 1997). Els estudis publicats fins ara sobre els resultats de la implementació de la millora contínua de la qualitat a nivell sanitari (Barlett et al 1997, Brook 1997, Yasin et al) a l'igual que en qualsevol altre organització, conclouen que ha de ser liderada per la direcció i s'han de proporcionar les eines necessàries perquè tots els professionals dels centres, puguin estar capacitats per a portar a la pràctica els aspectes relacionats amb la millora.

7.2.2. DISSENY DE LA MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS EN UN CENTRE HOSPITALARI

En els inicis del segle XXI és una realitat incontestable que les necessitats i expectatives dels clients dels centres sanitaris canvien i, el que avui és considerat satisfactori demà no ho serà. Aquest canvi s'ha d'integrar en la gestió de les organitzacions hospitalàries innovadores. D'una manera ràpida els centres sanitaris observem que el contacte del client amb el sistema sanitari és més que la qualitat científica de l'acte mèdic. Encara avui en dia però, la majoria dels clínics, tenen tendència a pensar que sols actuant d'acord amb les normes i estàndards de la seva professió, estan oferint un servei de bona qualitat tècnica. Però, no oblidem que aquesta característica de la qualitat és la més difícil d'apreciar pel ciutadà, que en canvi aprecia i valora aspectes entre d'altres com el tracte, el confort i, la seguretat.

Un enfocament integral és el que es coneix com a QUALITAT TOTAL, conjunt de principis, mètodes organitzatius i d'estratègia global, que intenten mobilitzar a tota l'organització, a fi d'integrar els esforços que realitzen tots els professionals, per la MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS de producció dels serveis assistencials i de suport, amb l'objectiu de satisfer les necessitats dels clients mitjançant la utilització eficient dels recursos disponibles. Un centre sanitari per dissenyar i aplicar la Millora Permanent de tots els seus processos productius ha de seguir sis etapes (Quadre 7.7).

QUADRE 7.7. GUIA DE DISSENY DE LA MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS EN UN CENTRE SANITARI

- ❖ PROGRAMA DE FORMACIÓ EXTERNA ALS DIRECTIUS.
- ❖ FORMACIÓ CONSULTOR INTERN DE QUALITAT.
- ❖ DEFINICIÓ DELS PRINCIPIS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT TOTAL.
- ❖ DIAGNÒSTIC DE LA SITUACIÓ DE QUALITAT DELS PROCESSOS.
- ❖ ELABORACIÓ DEL PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT.
- ❖ DESENVOLUPAMENT DEL PLA DE MILLORA.

Font: elaboració pròpia

PROGRAMA DE FORMACIÓ EXTERNA. Un centre hospitalari que vol planificar un Programa de Millora Permanent dels Processos, prèviament els seus directius han de rebre una formació bàsica en tres àrees fonamentals: a) introducció a la Gestió de Qualitat Total, b) metodologia de millora dels processos (millora contínua, millora radical i benchmarking i, c) coneixement i utilització de les set eines de millora fonamentals.

Aquesta formació s'ha de complementar amb una formació més exhaustiva per la preparació d'un directiu com a **CONSULTOR INTERN DE QUALITAT**, i serà l'encarregat d'assessorar a tots els directius i comandaments en el procés de millora. Posteriorment, serà el responsable de la formació interna de tots els

membres de l'organització en un programa bàsic de metodologia de la millora permanent.

PRINCIPIS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT TOTAL. Deu són els fonaments comunament acceptats per les organitzacions innovadores (Quadre 7.8) com a principis generals que constitueixen la base d'un Programa de Millora Permanent dels Processos. L'aplicació i definició d'aquests criteris en un centre hospitalari s'exposa a la secció 7.3.3 (Quadre 7.14).

QUADRE 7.8. PRINCIPIS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT TOTAL D'UN CENTRE SANITARI

- ❖ ORIENTACIÓ AL CLIENT
- ❖ LIDERATGE DE LA DIRECCIÓ
- ❖ COMPROMÍS DE TOTS ELS COL.LABORADORS
- ❖ INCLOU TOTS ELS PROCESSOS
- ❖ FORMACIÓ CONTINUADA GLOBAL
- ❖ RELACIÓ D'ASSOCIACIÓ CLIENT-PROVEÏDOR INTERN
- ❖ ORIENTACIÓ A RESULTATS
- ❖ MILLORA PERMANENT
- ❖ ZERO DEFECTES
- ❖ RESPONSABILITAT SOCIAL DE L'ORGANITZACIÓ

Font: elaboració pròpia

DIAGNÒSTIC DE LA SITUACIÓ DE QUALITAT DELS PROCESSOS. El diagnòstic de la situació de la qualitat dels processos d'una organització sanitària, permet amb l'anàlisi exhaustiva dels macroprocessos de l'organització, la detecció d'àrees de millora, com a primer pas per l'elaboració d'un Programa de Millora Permanent.

S'han descrit diverses metodologies de diagnòstic: anàlisi estratègica DAFO, entrevistes personalitzades de col·laboradors interns, anàlisi de dades de queixes i reclamacions, anàlisi dels resultats d'enquestes de clima laboral,

aplicació de la tècnica de grup nominal a col·laboradors, realització de la tècnica del focus-group a clients, realització d'auditories, entre moltes d'altres. La metodologia que impulsa el MODEL GESHQUAT és la de l'aplicació de l'Autoavaluació a tota l'organització, realitzada segons el Model EFQM d'Excel·lència. Utilitzant la metodologia de redacció de la memòria del "Cas del propi del centre hospitalari", doncs aquest tipus d'Autoavaluació ha demostrat ser l'experiència més completa i integradora de les diferents metodologies exposades, de diagnòstic, amb la detecció d'àrees de millora, prioritització de les mateixes i, establiment de plans de millora. A la secció 6.1.2 s'exposa la metodologia per la seva aplicació en un procés de planificació estratègica i en el capítol vuit els resultats obtinguts en un centre hospitalari.

PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS. El Programa de Millora ha de recollir les activitats planificades i sistemàtiques d'avaluació i millora permanent dels processos tant assistencials com de suport. Consta de cinc components (Quadre 7.9).

- L'ESTRUCTURA ha de reflexar el compromís de la direcció amb l'impuls de la millora permanent, per tant, el comitè directiu del centre ha de ser alhora el comitè directiu de qualitat. És important no caure en el parany de constituir dos comitès independents, que amb tota seguretat, acabaran tenint objectius diferents. El Consultor Intern de Qualitat, serà membre de la direcció, i assessorarà a tota l'organització i es responsabilitzarà de la formació interna dels membres dels grups de millora. Els Grups de Millora formats per experts en el procés assignat són l'instrument per aportar les solucions més adients de millora. En una organització descentralitzada en Àrees de Gestió autònomes, aquesta estructura ha de reflexar-se, en cadascuna de les mateixes (Figura 7.14). Així doncs, cada Àrea tindrà el seu propi comitè directiu i de qualitat i el seu coordinador de qualitat per assessorar als membres del comitè directiu i formar als col·laboradors de tota l'àrea. És molt important que cada Àrea de Gestió tingui el seu propi pressupost per impulsar les tasques de participació dels col·laboradors en els grups de millora durant l'horari laboral.

QUADRE 7.9. COMPONENTS D'UN PROGRAMA DE MILLORA EN UN CENTRE SANITARI

❖ ESTRUCTURA I FUNCIONS

Comitè Directiu de Qualitat
Consultor Intern de Qualitat
Grups de Millora

❖ METODOLOGIA DE MILLORA

Millora contínua: cicle PDCA
Millora radical: reenginyeria
Benchmarking

❖ EINES FONAMENTALS DE MILLORA

Fulla de recollida de dades
Histogrames
Diagrama causa-efecte
Diagrama de Pareto
Estratificació
Diagrama de correlació
Fulla de Control

❖ PLA DE FORMACIÓ INTERN

Continguts
Àmbit d'aplicació

❖ DIFUSIÓ DEL PROGRAMA

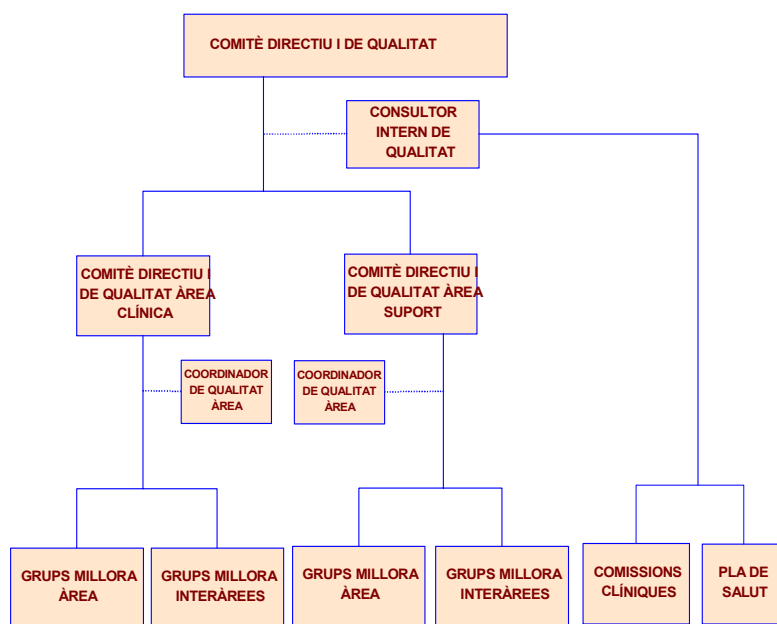
Explicació a l'organització
Publicació

Font: elaboració pròpia

- METODOLOGIA DE MILLORA. Les diferents metodologies pretenen que tots els processos de l'organització hospitalària siguin més eficaços (produeixin els resultats desitjats), més eficients (minimitzin la utilització de recursos) i siguin flexibles (s'adaptin a les necessitats canviants dels clients i de l'asseguradora). S'utilitzen tres metodologies diferents, en funció de l'objectiu que es pretén assolir. Si es desitja una millora contínua s'aplica el cicle PDCA (Figura 7.15) com és el cas de l'elaboració de les vies clíniques (secció 7.1.2). Si la millora ha de ser radical s'utilitza la Reenginyeria (Figura 7.16), com és la modificació d'una estructura organitzativa clàssica

divisional en una de nova horitzontal i descentralitzada en Àrees de Gestió (secció 6.3.2) Si el que es pretén és aprendre de les millors pràctiques dels demés, s'utilitzarà el Benchmarking (Figura 7.17), el qual és molt utilitzat en el sector sanitari, tant a nivell científic i a nivell de gestió (publicacions científiques i tècniques, congressos, estades de formació en altres centres, etc).

FIGURA 7.14: ESTRUCTURA D'UN PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT EN UN CENTRE HOSPITALARI DESCENTRALITZAT EN ÀREES DE GESTIÓ

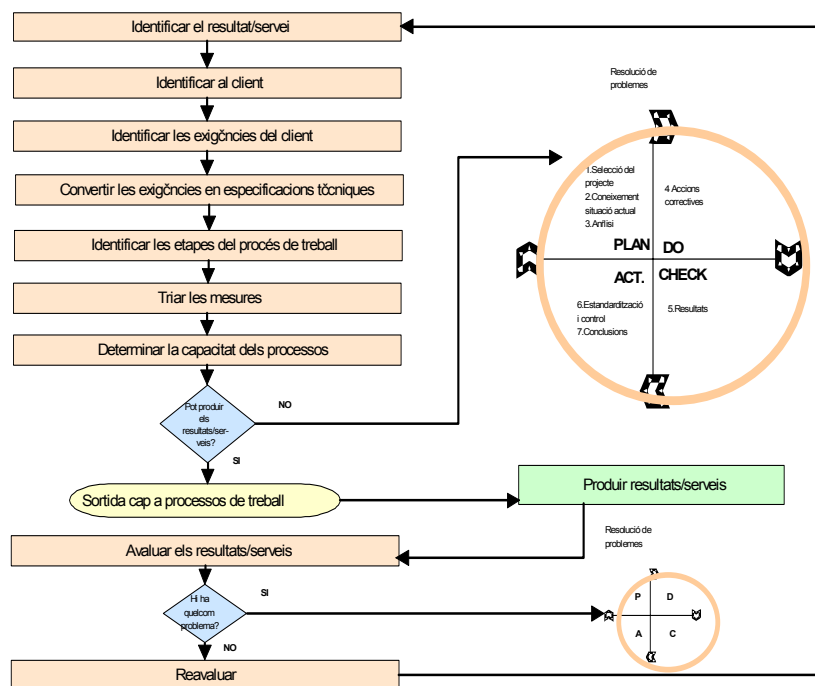


Font: elaboració pròpia

- EINES FONAMENTALS DE MILLORA. Les set eines bàsiques de la millora de la qualitat –la fulla de recollida de dades, l’histograma, el diagrama causa-efecte, el diagrama de Pareto, l’estratificació, el diagrama de correl·lació i, el full de control- han de ser conegudes per tots els membres del comitè directiu i molt especialment pel Consultor Intern de Qualitat, que ha de formar en la seva aplicació i utilització als components dels grups de millora, a mida que es vagin constituint.

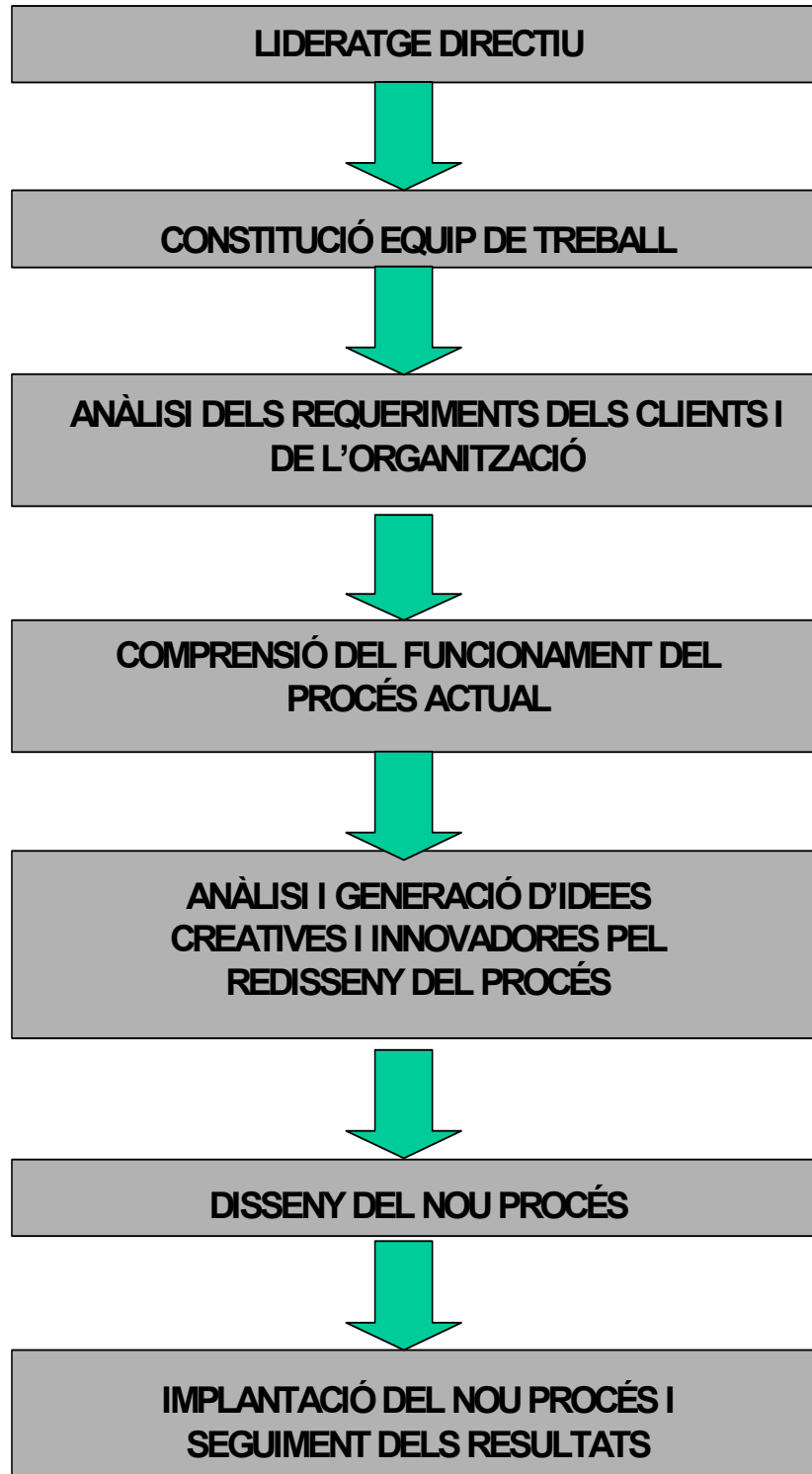
- PLA DE FORMACIÓ INTERNA. El Consultor Intern de Qualitat serà el responsable de que tots els membres del centre hospitalari rebin una formació bàsica. En una organització hospitalària de tipus descentralitzat en àrees de gestió autònomes, el Consultor Intern formarà en primer lloc als Coordinadors de Qualitat de les Àrees i, aquests formaran als líders dels Grups de Millora que es constitueixen. Finalment, els líders formen als components dels seus grups. Quan el grup està constituït per membres de diferents àrees, la formació la pot realitzar el coordinador de l'àrea més afectada. El contingut de la formació a rebre està en funció del nivell de responsabilitat. És molt important que tots els coordinadors tinguin una sòlida formació per a transmetre coneixements de metodologia de conducció de grups i resolució de problemes, juntament amb l'aplicació i utilització de les eines de millora, als líders dels grups continguts.

FIGURA 7.15: ESQUEMA DE L'APLICACIÓ DE LA MILLORA CONTINUA



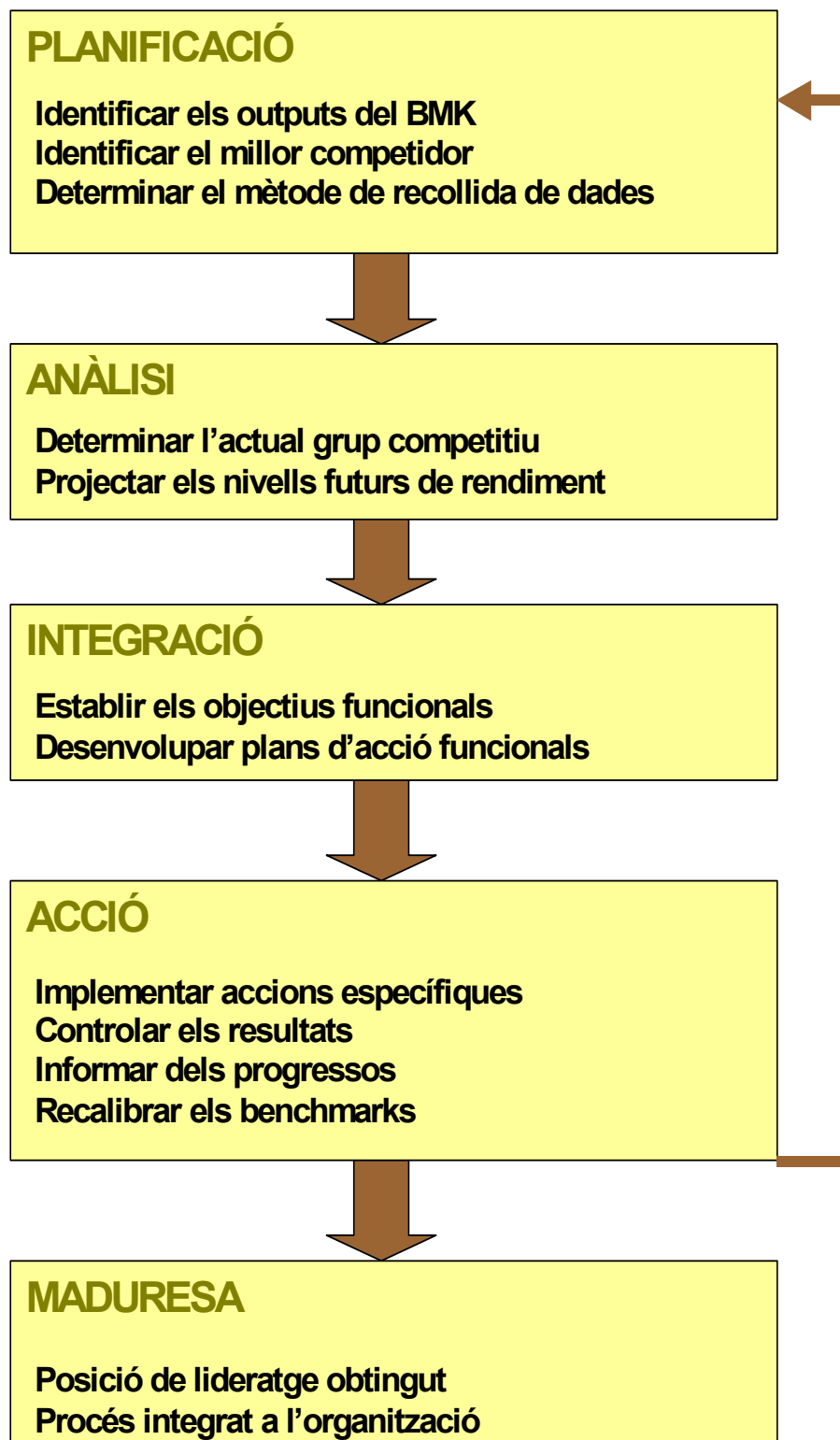
Font: elaboració pròpia

FIGURA 7.16: ESQUEMA DE L'APLICACIÓ DE LA MILLORA RADICAL



Font: elaboració pròpia

FIGURA 7.17: ESQUEMA DE L'APLICACIÓ DEL BENCHMARKING



- **DIFUSIÓ DEL PROGRAMA DE MILLORA.** Un cop ha estat elaborat el Programa de Millora, aquest ha de ser difós a tota l'organització. Els responsables de la seva difusió són el propi gerent amb el suport del consultor intern de qualitat. A manera de recordatori és la publicació d'un resum de tot el programa i la seva tramesa a tots els col·laboradors de l'organització.

PLA DE MILLORA. Tots els dèficits detectats en el procés de diagnòstic realitzat durant l'Autoavaluació, han de ser transformats en oportunitats de millora. El comitè directiu realitzarà la prioritització (Taula 6.), seleccionant les àrees de millora en funció de l'impacte en el client, impacte en el centre hospitalari, viabilitat i necessitat de millora. Establint en funció dels resultats obtinguts, un calendari de realització i assignant un responsable pel seu compliment. Així mateix aprovarà el pressupost descentralitzat a les Àrees de Gestió, per la constitució dels grups de millora.

7.2.3. APLICACIÓ DE LA MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS EN UN CENTRE HOSPITALARI

En el primer Pla Estratègic 1998-2000 del Pius Hospital, ja s'afirmava: "Hem de conèixer i per tant mesurar la qualitat integral, tant la tècnica com la de servei, que oferim. El client és el protagonista del model i hem de saber quin és el seu nivell de satisfacció. A partir de la introducció d'una cultura d'autoavaluació de les activitats que realitzem, podrem millorar progressivament i d'una manera continuada la qualitat integral dels serveis que oferim, potenciant els aspectes de la qualitat relacionats amb els elements tangibles i millorant la comunicació entre els col·laboradors i els clients". Des de llavors s'ha seguit en el PHV un llarg camí per l'aplicació de la Gestió de Qualitat Total, impulsada des del comitè directiu, concretament de la millora continua integrada en el Programa de Millora Permanent dels Processos (Quadre 7.10).

QUADRE 7.10. FASES DE L'APLICACIÓ DEL PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT DELS PROCESSOS EN EL PHV.

- ❖ PLA ESTRATÈGIC 1998-2000 (1997)
- ❖ PROGRAMA BÀSIC DE FORMACIÓ (1998)
- ❖ PRIMER DIAGNÒSTIC DE LA SITUACIÓ DE LA QUALITAT (1998)
- ❖ DETECCIÓ DE POSSIBILITATS DE MILLORA (1998)
- ❖ DEFINICIÓ DE LA POLÍTICA DE QUALITAT (1998)
- ❖ ELABORACIÓ PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT (1998)
- ❖ DESENVOLUPAMENT DEL PLA DE MILLORA (1998-2000)
- ❖ DIFUSIÓ A L'ORGANITZACIÓ (1998)
- ❖ SEGON DIAGNÒSTIC. AUTOAVALUACIÓ DE PIUS HOSPITAL (2000)
- ❖ PLA ESTRATÈGIC 2001-2003 (2000)
- ❖ CREACIÓ FIGURA CONSULTOR INTERN DE QUALITAT (2000)

Font: elaboració pròpia

PROGRAMA DE FORMACIÓ. El PHV a l'any 1998, no disposava de persones amb un suficient nivell de formació en el coneixement de la metodologia i la utilització de les eines de Gestió de Qualitat Total. Per aquest motiu, el gerent va impulsar un ampli programa de formació (Quadre 7.11) per als responsables dels serveis i unitats, tant assistencials com de suport, que després s'ha estès sota l'impuls del Consultor Intern de Qualitat a tota l'organització. Un cop els directius i els comandaments havien rebut la formació bàsica, el primer executiu amb el suport del Consultor Intern de Qualitat, va impulsar el disseny del Programa de Millora Permanent dels Processos.

DIAGNÒSTIC DE LA SITUACIÓ DE QUALITAT (1998). DETECCIÓ DE POSSIBILITATS DE MILLORA. El primer executiu del PHV va assignar la Coordinació del Programa de Millora Permanent, al director de la primera àrea clínica descentralitzada (Àrea Clínica Maternoinfantil). El qual va impulsar la realització de les activitats del primer diagnòstic de qualitat (Quadre 7.12), a fi i efecte, de conèixer d'una manera cabdal la veritable situació de la qualitat dels

processos en els tres centres gestionats pel PHV. De l'anàlisi conjunta dels resultats obtinguts, es van detectar cent àrees de millora (annex 4), les quals van ser prioritzades per el comitè directiu, alhora que s'assignava un responsable i un calendari d'execució a tres anys.

QUADRE 7.11. PROGRAMA DE FORMACIÓ EN MILLORA PERMANENT

CURSOS	PERSONES	HORES	ENTITAT	ANY
❖ MÀSTER EUROPEU GESTIÓ DE LA QUALITAT TOTAL	2	750	UPC	1997-2000
❖ CURS QUALITAT TOTAL A LES EMPRESES DE SERVEIS	30	26	ESADE	1998
❖ DIPLOMA POSTGRAU METODOLOGIA D'AVAUACIÓ I MILLORA	2	120	UAB-FAD	1998
❖ CURS GESTIÓ I METODOLOGIA DE LA QUALITAT ASSISTENCIAL	4	40	FAD	1998-1999
❖ CURS MILLORA DE LA QUALITAT	2	30	EASP	1998
❖ CURS MILLORA CONTINUA DE LA QUALITAT	30	20	FAD	1998
❖ DIPLOMA POSTGRAU METODOLOGIA AVALUACIÓ DE L'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA I SOCIAL	1	140	FAD	1999
❖ SEMINARI AVALUADOR INTERN EFQM (CAS PIUS)	28	66	UPC	2000
❖ ASSESSOR TRAINING EFQM	2	16	EFQM	2001

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública. ESADE: Escola Superior d'Administració i Direcció d'Empreses. EFQM: European Foundation for Quality Mangement. FAD: Fundació Avedis Donabedian. PHV: Pius Hospital de Valls. UAB: Universitat Autònoma de Barcelona. UPC: Universitat Politècnica de Catalunya

Font: elaboració pròpia

QUADRE 7.12. ACTIVITATS DEL DIAGNÒSTIC DE QUALITAT

- ❖ Relectura de l'anàlisi DAFO del Pla Estratègic 1998-2000.
- ❖ Valoració, mitjançant entrevistes personalitzades de les activitats de qualitat realitzades durant el període 1990-1997.
- ❖ Anàlisi de les dades de la primera enquesta de clima laboral (1998).
- ❖ Anàlisi de les reclamacions dels Clients rebudes a la Unitat d'Atenció al Client (1996-1997).
- ❖ Anàlisi de les primeres enquestes telefòniques de satisfacció dels clients (1997): hospitalització, consultes externes i urgències.
- ❖ Aplicació de la tècnica del grup nominal a 120 professionals agrupats en grups de 10 persones segons la seva expertesa en el procés a analitzar.
- ❖ Anàlisi dels resultats de les auditories realitzades per la Fundació Avedis Donabedian (1996), per encàrrec del Programa Vida als Anys (SCS) al Centre Sociosanitari i a la Residència Alt Camp.

Font: elaboració pròpia

POLÍTICA DE QUALITAT TOTAL. El PHV, va decidir incorporar la terminologia i la filosofia de CLIENT, segons el Model EFQM d'Excel·lència. El Pla Estratègic 2001-2003 explica detalladament els grups d'interès del PHV i concretament els clients. Conseqüentment amb els principis d'aquesta política, el PHV ha impulsat des de l'any 1996 la INCORPORACIÓ DE LA VEU DEL CLIENT en el seu Model de Gestió Hospitalària de Qualitat Total, amb la realització de nombroses activitats (Quadre 7.13). El Consell d'Administració de Gestió Pius Hospital de Valls, va aprovar a l'any 1998 el decàleg de la Qualitat Total, elaborat pel propi gerent. Aquest decàleg fou modificat, millorant-lo amb l'aprovació del nou Pla Estratègic 2001-2003 (Quadre 7.14).

QUADRE 7.13. INCORPORACIÓ DE LA VEU DEL CLIENT

- ❖ Creació Unitat Atenció al Client (1996).
- ❖ Realització anyal d'enquestes telefòniques de satisfacció dels clients de consultes externes, urgències, hospitalització i residència assistida (1998)
- ❖ Realització biennal d'enquestes de clima laboral (1998).
- ❖ Constitució Comissió de Bioètica (1998).
- ❖ Incorporació de l'opinió dels clients (focus group) en l'elaboració de les Vies Clíniques (1998).
- ❖ Implantació progressiva del consentiment informat (1999).
- ❖ Telèfon gratuït de suggeriments (1999).
- ❖ Inici de les enquestes telefòniques anyals per conèixer el grau de satisfacció dels clients de les Àrees Clíniques i de Suport (2000).

Font: elaboració pròpia

QUADRE 7.14. PRINCIPIS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT DEL PIUS HOSPITAL

- ❖ **ORIENTACIÓ AL CLIENT.** El client és la raó de ser del Pius Hospital i, és ell el qui decideix la qualitat de servei que vol rebre. El coneixement que el client té de l'atenció rebuda és la indispensable comprovació de la qualitat que s'ha ofert.
- ❖ **LIDERATGE DE LA DIRECCIÓ.** La direcció és la responsable de la Gestió de la Qualitat Total. Per tant ha de desenvolupar i guiar una política institucional, que ha de ser difosa a tota l'organització.
- ❖ **COMPROMÍS GLOBAL DE TOTS ELS COL·LABORADORS.** Totes les persones que treballen en el Pius Hospital han de creure i practicar la política de Gestió de Qualitat Total dissenyada pel gerent i aprovada pels òrgans de govern.
- ❖ **INCLOU TOTS ELS PROCESSOS.** La Gestió de Qualitat Total afecta a la globalitat dels catorze macroprocessos identificats en el mapa del Pius Hospital.
- ❖ **RELACIÓ D'ASSOCIACIÓ CLIENT-PROVEÏDOR INTERN.** En el Pius Hospital tothom és client de tothom, només amb aquesta ferma voluntat de col·laboració es podrà assolir la Visió.

Font: elaboració pròpia

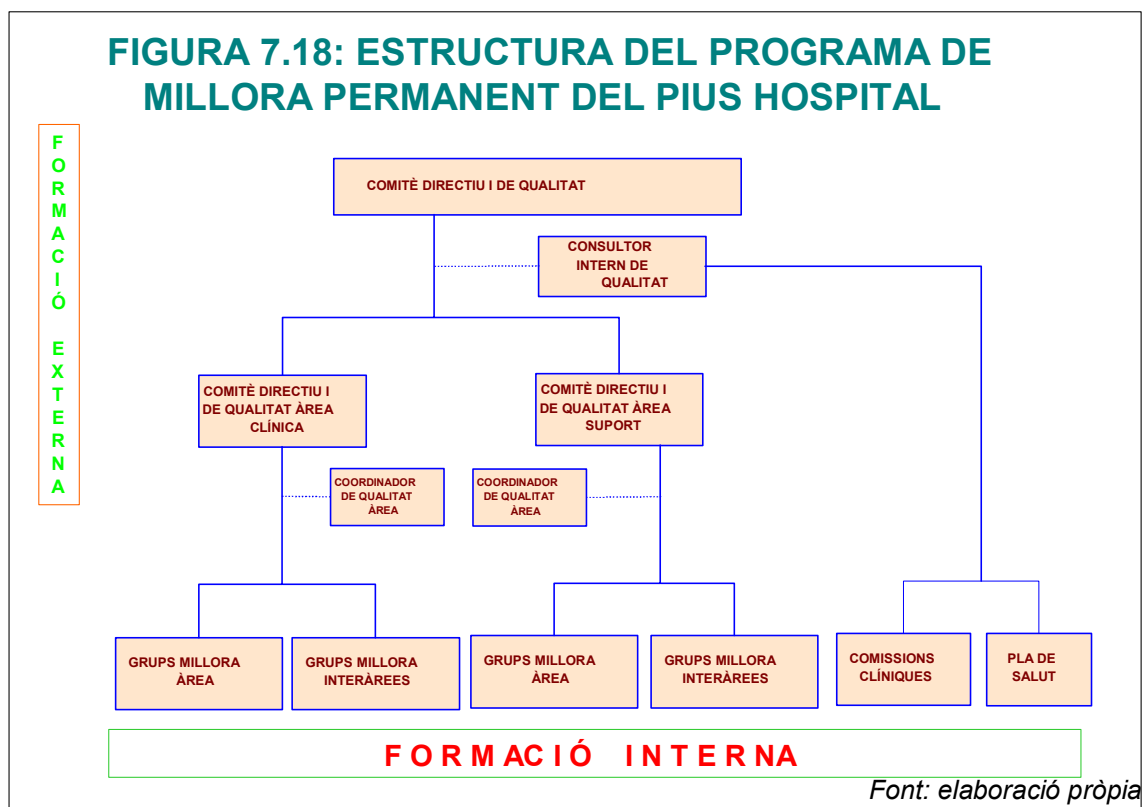
QUADRE 7.14. (cont.) PRINCIPIS DE LA POLÍTICA DE QUALITAT DEL PIUS HOSPITAL

- ❖ **FER-HO BÉ A LA PRIMERA.** En el Pius Hospital s'afavoreix un sistema resolutiu amb els professionals ben formats i amb els recursos idonis. Introduint el concepte de prevenció, perquè el treball sigui més gratificant pels col·laboradors i alhora, més eficient per a la institució. Els possibles dèficits que es detectin seran considerats oportunitats de millora, no tindran en cap cas, caràcter punitiu.
- ❖ **MILLORA PERMANENT.** El Pius Hospital ha establert una estructura organitzativa descentralitzada en Àrees de Gestió autònomes, que impulsa a curt-mig-llarg termini, els zero errors en la realització de les pràctiques quotidianes.
- ❖ **ORIENTACIÓ A RESULTATS.** Es mesura el que es fa i, per tant, s'ha creat una cultura d'autocrítica, aplicant-se l'Autoavaluació de tots els processos.
- ❖ **RESPONSABILITAT SOCIAL.** El Pius Hospital ha adoptat en el seu Pla Estratègic (2001-2003) un enfoc ètic d'atenció al ciutadà, per intentar superar les expectatives de la comunitat a la que serveix.
- ❖ **FORMACIÓ CONTINUADA.** Totes les persones que treballen en el Pius Hospital, són i seran formades en els fonaments metodològics de la Qualitat Total, com a base del camí vers a l'Excel·lència.

Font: elaboració pròpia

PROGRAMA DE MILLORA PERMANENT. El Programa recull les activitats planificades i sistemàtiques d'avaluació i millora permanent dels processos tant assistencials com de suport. De l'experiència extreta de l'elaboració del Pla Estratègic 1998-2000 (1997, era cabdal comptar amb la participació del màxim nombre possible de professionals en el diagnòstic del qual posteriorment, sorgiria el programa. Una altra aportació del Pla, era que el Programa havia de ser assumit com una prioritat estratègica i liderat pel propi gerent de l'organització. El programa elaborat va ser seguir les etapes que s'han exposat a la secció 7.2.2 (Quadre 7.9).

- **ESTRUCTURA I FUNCIONS.** En els principis de la Política de Qualitat Total s'ha definit que la Direcció del PHV és la responsable de la Qualitat Total (Figura 7.18). Per aquest motiu es situa en primer lloc dins l'estructura del Comitè Directiu, que és la veritable Comissió de Qualitat. El Consultor Intern de Qualitat, membre nat del Comitè Directiu, és la persona responsable de canalitzar tota l'operativa de la Política de Qualitat. El Consultor Intern de Qualitat del PHV és el referent principal de tota l'organització en aquells temes relacionats amb la millora permanent de la qualitat, el responsable de la formació interna en metodologia de millora, l'assessor de recerca en millora permanent, el promotor del procés d'autoavaluació a nivell hospitalari i a nivell d'àrees de gestió, l'interlocutor de la gerència amb les comissions clíniques i l'impulsor del compliment dels objectius del Pla de Salut corresponents al contracte de serveis amb l'asseguradora pública. Cadascuna de les sis Àrees Clínicas i dues Àrees de Suport, té el seu propi Comitè Directiu, que és alhora la Comissió de



Qualitat de l'Àrea amb el seu Coordinador de Qualitat, com a professional facilitador de la implantació de la Qualitat Total a cadascuna de les Àrees de Gestió.

A l'inici del projecte es va constituir un Comitè Central de Qualitat en el que hi havia professionals de tots els estaments però no hi havia els directius, seguint el model vigent en els hospitals de l'administració pública. Discutint-ho a classe, amb el professor X. Tort-Martorell, em va fer veure la necessitat de modificar aquest plantejament i seguir el criteri de lideratge de la direcció que he exposat anteriorment. Al ser el PHV, una organització descentralitzada en Àrees de Gestió, cada Àrea (Clínica i de Suport) estableix el seu propi Programa de Millora en funció dels objectius del Contracte de Gestió Clínica (secció 7.3.3.) i de les seves pròpies necessitats derivades del procés d'Autoavaluació.

Les funcions dels comitès, coordinadors, líders i membres dels grups de millora estan referenciades a l'annex 4, a fi i efecte d'assolir una evolució harmònica de tota l'organització. Per complir els objectius marcats, així com per analitzar i implementar les oportunitats de millora, s'utilitza el sistema de Grups de Millora, que poden ser interns de cada Àrea o bé afectar a varies Àrees al mateix temps, en funció del tema a tractar. Des de la seva constitució, totes les Àrees de Gestió del PHV, disposen d'un pressupost propi per afavorir la participació dels professionals en els Grups de Millora.

- **METODOLOGIA DE MILLORA.** La metodologia que s'utilitza en el PHV es basa en la consecució de processos assistencials i de suport més eficaços (és a dir que produeixin els resultats desitjats), més eficients (que minimitzin la utilització de recursos) i, que s'adaptin a les necessitats canviants dels clients i de l'Asseguradora Pública (Servei Català de la Salut). Per això s'utilitza la metodologia de la millora gradual, radical o d'aprendre dels millors centres sanitaris o d'un altre sector amb activitats relacionades.

Un exemple d'utilització del cicle PDCA (Plan-Do-Check-Act) són els grups de millora i els grups d'elaboració de les vies clíniques. Com exemple de Reenginyeria, la instauració del nou organigrama basat en la direcció per

processos i, la implantació del programa de cirurgia sense ingrés. S'ha aplicat el Benchmarking en les sessions de treball amb els directius del Parc Taulí, l'Hospital Clínic i Hospital del Mar i també amb l'Hospital d'Aranzazu de Donosti. També és una pràctica de benchmarking l'assistència a congressos i jornades d'intercanvi de noves experiències o la realització d'una estada en un centre de prestigi assistencial.

- EINES DE MILLORA. La seva aplicació i utilització és apresada i desenvolupada per tots els membres dels diferents grups de millora constituïts per el compliment dels objectius del Pla de Millora (1998-2000) i del Pla Estratègic (2001-2003).

- PLA DE FORMACIÓ INTERNA. L'aposta per la formació en metodologia de la millora permanent ha estat molt important en aquests darrers anys en el PHV (Quadre 7.11), però a més a més s'ha iniciat el procés de formació en cascada a tota l'organització. Actualment, són els coordinadors de qualitat de les àrees de gestió, els responsables de la formació dels líders dels grups de millora (direcció d'equips de treball, resolució de problemes i eines fonamentals de millora). Són aquests líders dels grups els que entren als components dels grups (pràctica i utilització de les eines fonamentals). Un objectiu fonamental del Pla Estratègic 2001-2003 del PHV (secció 6.1.3) és tenir a tots els seus professionals formats en els principis bàsics de la Qualitat Total i coneixedors de la metodologia i utilització de les eines de millora al finalitzar l'any 2003.

- DIFUSIÓ DEL PROGRAMA. Un cop finalitzada l'elaboració del Programa de Millora Permanent, es van realitzar cinc sessions explicatives del mateix a tots els col·laboradors del PHV. Aquestes reunions van ser realitzades pel propi gerent i el Consultor Intern de Qualitat.

PLA DE MILLORA (1998-2000). Tots els detectats en la fase de diagnòstic realitzat a l'any 1998, el comitè de direcció del PHV els va transformar en

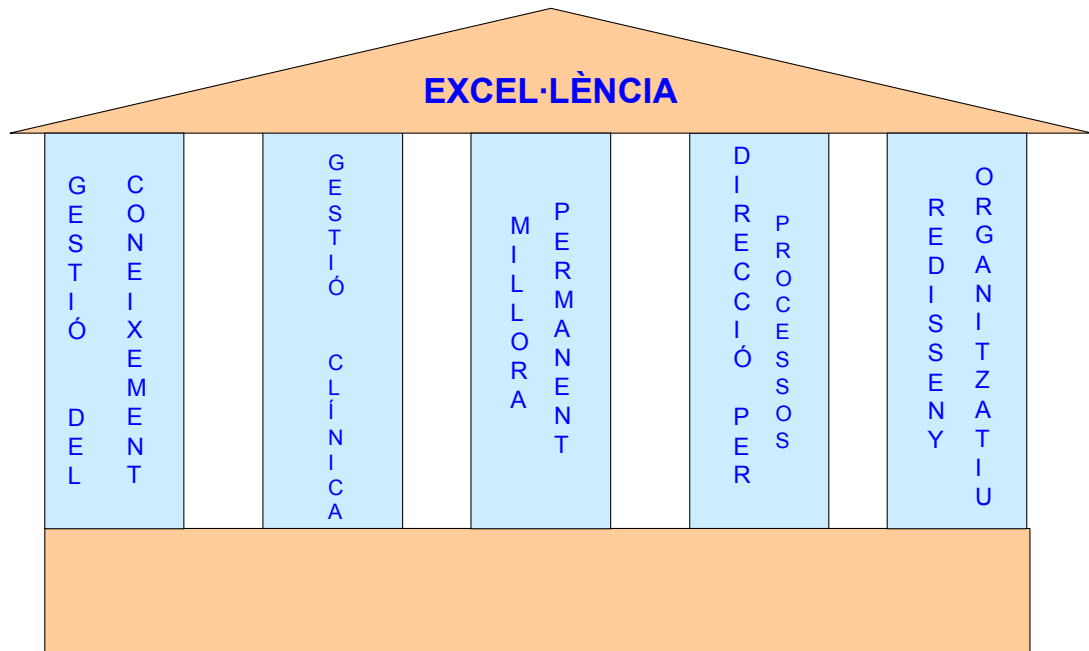
oportunitats de millora, és una estratègia bàsica per la implicació dels professionals en el Model de Gestió de Qualitat Total.

L'any 1998 es van constituir cinc grups de millora: a) política de trasllats d'habitacions, b) millora de l'accés telefònic extern de l'hospital, c) incorporació de l'atenció psicològica en el procés assistencial, d) millora de la qualitat de la neteja i, e) millora del confort del servei d'urgències. Els resultats obtinguts van ser esplèndids i va permetre la constitució de set grups a l'any 1999. L'avaluació realitzada pel Consultor Intern de Qualitat, en el primer trimestre de l'any 2001 del Pla de Millora 1998-2000, permet afirmar que s'han assolit la majoria dels objectius, excepte els referents a la millora de la comunicació, que és l'assignatura pendent del Pius Hospital i rebrà un tracte preferencial en el Pla Estratègic 2001-2003.

PLA DE MILLORA 2001-2003. Amb la realització del nou Pla Estratègic 2001-2003, es va utilitzar la metodologia de l'Autoavaluació, segons el Model EFQM d'Excel·lència. Es van detectar àrees de millora i un cop prioritzades pel comitè directiu, es van establir estratègies i objectius de millora, assignant-se un responsable de la seva execució, segons un calendari prèviament establert. Amb la utilització d'aquesta nova metodologia, el Pla de Millora coincideix plenament amb el Pla Estratègic del PHV:

En conclusió, la Millora Permanent dels Processos, comporta la capacitat d'adoptar en cada moment aquells sistemes, pràctiques i estils de gestió, que millor satisfacin els requeriments de qualitat dels mateixos. L'objectiu del PHV és assolir la satisfacció dels seus clients i de les seves famílies. Aquesta satisfacció és el resultat entre les percepcions rebudes al llarg de la seva estada al centres assistencials del Pius i, les expectatives que s'havien forjat abans del contacte assistencial. Tota l'organització treballa molt durament amb ingent esforç per bastir l'edifici de la Qualitat Total (Figura 7.19) i, estar a l'alçada de les expectatives dels ciutadans que han dipositat la seva confiança en el Pius Hospital de Valls.

FIGURA 7.19: EDIFICI DE LA QUALITAT TOTAL DEL PIUS HOSPITAL



Font: elaboració pròpia

7.3. GESTIÓ CLÍNICA

7.3.1. INTRODUCCIÓ

La cultura històrica dels hospitals ofereix estructures basades en serveis tancats, assistència compartimentada i centrada exclusivament en la relació metge-malalt, treball individual i lideratge basat exclusivament en la jerarquia. Al que cal afegir-hi l'escassa formació dels professionals de la sanitat en el camp de la Gestió de Qualitat Total, el que comporta no sols la manca de percepció de la necessitat d'introduir canvis sinó una resistència a introduir modificacions que posi en perill la seva cultura històrica (Ware et al 1986). La funció dels gerents dintre d'aquest context és liderar la transformació de la cultura hospitalària tradicional a una cultura moderna empresarial basada en l'excel·lència (Guilera 1998, Fortuny 2001a,b). Caldrà, doncs, modificar la missió dels

hospitals i acceptar la competitivitat com un valor bàsic per la supervivència dels mateixos (Ware et al 1986). És necessari trobar un nou model organitzatiu que orienti l'estructura vers una organització basada en el producte (Mauri 1995). El gerent tindrà l'obligació de liderar el camí vers la nova definició de l'hospital assignada pels seus òrgans de govern (Bonfill 1993). Transformar l'obsoletisme actual basat en la compartimentació dels coneixements i les professions a organitzacions basades en les competències professionals i en els equips interprofessionals capaços de rendir comptes a la societat (Monras 1998).

Quan els anglesos es van plantejar hospitals autogestionats els van anomenar trust, confiança, i aquesta confiança sols pot donar-se a les organitzacions sanitàries quan es comparteixen valors (Moreu 1998). Assumir la capacitat de decisió del metge en l'empresa hospitalària suposa elaborar estratègies de corresponsabilització dels clínics en la marxa de la compte de resultats del centre (Carretero 1996). Preparar-se per competir a nivell de l'empresarialització hospitalària (mesogestió) i en el camp de la gestió clínica (microgestió), són les claus de la reinvençió, que es tradueixen en una mutació del model de l'hospital convencional vers a l'hospital reinventat (Moreu 1996) Cal escoltar el que la gent vol realment i donar-los-hi (Handy 1995). Abans de parlar als altres, cal saber com són, com ets percebut per ells i el que ells esperen (Fayn 1989). L'empowerment comporta l'alliberació del poder que la gent ja té (Blanchard 1996). Els professionals i els gestors potser tenen llenguatge diferents, però diuen el mateix. Els identifica l'actitud: fer de les necessitats assistencials de la població el centre de la seva acció i adaptar-s'hi. (Nogueras 1995).

La gestió clínica constitueix el paradigma de canvi més important per a l'hospital modern en molts anys i els seus efectes il·luminen el nou hospital del segle XXI. És una oportunitat (tal vegada una de les darreres) de reconciliar gestió i exercici professional clínic, i de trobar un nou marc comú que integri valors de la gestió i de la clínica (Belenes 1999). La gestió clínica esdevé la part que precisa ser més atesa dins l'organització i la que haurà d'inspirar, orientar i impulsar tot el conjunt de professionals, sigui quin sigui el seu nivell de responsabilitat (Monras et al 1991). La millor forma perquè les consideracions financeres no interfereixin a les decisions clíniques, passa per renovar el

contracte implícit que la societat té amb els seus metges, exercitant – amb autoritat reconeguda i responsabilitat exigible – la llibertat clínica per assolir efectivitat i satisfacció a un cost social raonable. I per tant, una pràctica científicament validada, relacional i humanament orientada a l'usuari, i amb el cost d'oportunitat social interioritzat (Ortún 1995).

No han d'haver-hi dificultats per admetre que qualsevol professional sanitari que realitza accions que afectin als pacients està també gestionant el producte clínic de l'empresa: està utilitzant el producte clínic de l'empresa: està utilitzant els recursos que té al seu abast d'una forma o d'una altra, està aconseguint uns o altres resultats (Bonfill 1995). En un context social, l'eficiència significa aconseguir el millor per a la majoria dels malalts, no el millor per a un sol malalt (Ortún 1990). La situació global sembla decantar-se per l'aparició d'un estil de gestió nou, que abandoni els vicis de l'autoritarisme i de l'economicisme de curt abast. I és aquí quant es constata que sense la participació i la implicació dels professionals, no és possible avançar vers noves metes d'eficiència del sistema i de major satisfacció dels malalts i dels ciutadans. El punt de trobada hauria de ser trobar gestors preocupats realment per la millora de la qualitat i professionals que amb els adequats mecanismes de participació, s'impliquessin en l'objectiu comú de l'eficiència i la satisfacció del client (Barba et al 1997).

Han de dedicar-se recursos per introduir als professionals en el coneixement i maneig de les eines de mesura de resultats, estratègies de canvi, propostes de millora, etc (Barba et al 1997). Involucrar i responsabilitzar als metges dels recursos que utilitzen en la seva activitat ha estat l'objectiu de gran nombre d'iniciatives de descentralització de la capacitat de decisió als metges (clinical management, resource management, clinical budgeting) (Cuervo 1996), en un marc més descentralitzat de la presa de decisions de gestió, fomentant les decisions col·lectives front a les individuals (González 1993). Cal fer partícip al personal sanitari del fet que l'usuari del sistema públic és el conjunt de la societat i no tan sols un pacient tractat en el moment (López 1989).

Cal acceptar la impossibilitat de millorar l'eficiència hospitalària sense involucrar als metges en aquest procés, reconeixent el paper fonamental de les

decisions mèdiques en el consum dels recursos hospitalaris (Casas 1994). Els proveïdors de serveis assistencials gestionen una gran part del pressupost (Antoñanzas et al 1999). I per tant l'accent de la gestió hospitalària ha de desplaçar-se cap a la gestió clínica exercida pels propis professionals (Moreu 1993). S'ha de posar fi a l'absurda situació d'una assistència clínica en la que es prenen múltiples decisions sobre els pacients sense que els seus responsables directes i indirectes no coneguin ni justifiquin de manera sistemàtica les accions realitzades ni les conseqüències de les mateixes, tant en termes de salut com d'economia (Bonfill 2000). Les persones que treballen més a prop del problema, són les que millor saben com resoldre'l (Al Gore 1994).

7.3.2. DISSENY DE LA GESTIÓ CLÍNICA

El terme gestió fa referència a l'ús dels recursos, mentre que clínica és l'activitat mèdica dedicada a l'atenció dels malalts. Llavors, la GESTIÓ CLÍNICA és la utilització adequada dels recursos per a la millor atenció dels pacients (White 1997). El que implica que els metges quan dia a dia prenen decisions clíniques, que comprometen recursos econòmics, ho facin en un marc d'autoritat delegada i pactada amb la gerència de l'hospital i, que conseqüentment, assumeixin la responsabilitat de les seves pròpies decisions (Moreu 1998).

A continuació s'expliquen cadascuna de les cinc etapes (Quadre 7.15) que ha de seguir un centre hospitalari per dissenyar i aplicar la Gestió Clínica, com un pas més de compromís vers l'Excel·lència empresarial:

FORMACIÓ EN GESTIÓ CLÍNICA I BENCHMARKING. Quan un centre hospitalari vol aplicar uns nous criteris de gestió, en primer lloc és fonamental que els promotors del canvi amb el primer executiu al front, rebin conjuntament una formació específica en la matèria. Existeixen diversos cursos de formació en Gestió Clínica per triar en el mercat docent sanitari i s'ha revelat, molt important, obrir el curs a tots els responsable mèdics i d'infermeria. Un altre

aspecte a considerar, és la pràctica de benchmarking estratègic amb altres centres hospitalaris que hagin iniciat un procés d'innovació similar.

QUADRE 7.15. ETAPES DEL DISSENY DE LA GESTIÓ CLÍNICA

- ❖ **FORMACIÓ EN GESTIÓ CLÍNICA I BENCHMARKING**
- ❖ **CONSTITUCIÓ COMISSIÓ ASSESSORA DEL CANVI**
- ❖ **CONCEPTUALITZACIÓ DEL MODEL DE GESTIÓ CLÍNICA:**
 - Definició consensuada de Gestió Clínica.
 - Orientació estratègica de les Àrees Clíniques.
 - Requeriments per la implantació d'Àrees Clíniques.
 - Criteris del Pla de Gestió de les Àrees Clíniques.
 - Components dels Contractes de Gestió Clínica.
 - Sistema d'incentivació.
- ❖ **APLICACIÓ DE LA GESTIÓ CLÍNICA:**
 - Formació en gestió dels directors d'àrea.
 - Aprovació dels plans de gestió de les àrees.
 - Desenvolupament de les àrees clíniques.
 - Aplicació dels contractes de gestió clínica.
 - Avaluació dels contractes de gestió clínica.
 - Incentivació pel compliment dels contractes.
- ❖ **PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA A LES ÀREES CLÍNiques.**

Font: elaboració pròpia

COMISSIÓ ASSESSORA DEL CANVI. Un canvi en el sistema de gestió de tots els metges d'un centre hospitalari, ha de ser dissenyat per una comissió creada ad hoc. En aquesta comissió s'hi han d'incorporar els responsable clínics del comitè directiu del centre hospitalari i altres professionals de reconegut prestigi pels seus propis companys, que hagin mostrat en el procés de formació previ, un veritable interès per la innovació. Aquesta comissió tindrà l'objectiu de conceptualitzar el model de Gestió Clínica i planificar el procés de canvi.

CONCEPTUALITZACIÓ DEL MODEL DE GESTIÓ CLÍNICA. A partir de la revisió de la bibliografia consultada es troben diverses definicions de Gestió Clínica, el que comporta diversos models d'aplicació (Carretero 1996, Grau 1998, White 1998, Clmente et al 1999, Castro 2000, Fortuny et al 2001 a,b). En el MODEL DE GESTIÓ HOSPITALÀRIA DE QUALITAT TOTAL (GESHQUAT), es formula una definició de Gestió Clínica basada en la Direcció per Processos (secció 7.1.2). *La GESTIÓ CLÍNICA és la gestió eficient de tots els recursos assistencials i de suport, realitzada per professionals d'equips sanitaris multidisciplinaris, a fi i efecte, d'assolir la satisfacció de la demanda d'atenció realitzada pels seus clients.*

D'aquesta manera els equips assistencials integrats en Àrees de Gestió autònomes anomenades ÀREES CLÍNIQUES, obtenen els millors resultats assistencials i de servei, amb la integració del coneixement científic organitzat i la voluntat de servei, mitjançant la redacció, aplicació i avaluació de VIES CLÍNIQUES (secció 7.1.2). Amb l'aplicació de la Gestió Clínica en un centre hospitalari, es pretenen assolir cinc grans objectius:

- ❑ Obtenir una visió integral i compartida dels malalts com a persones.
- ❑ Treball en equip assistencials multidisciplinaris.
- ❑ Millora permanent de la qualitat assistencial i de servei, amb l'aplicació de les vies clíniques.
- ❑ Coherència organitzativa i descentralització a les Àrees Clínicas amb els Contractes de Gestió Clínica.
- ❑ Responsabilitat dels professionals sobre els propis resultats.

Per a la implantació de la Direcció per Processos és, del tot imprescindible, un canvi en la clàssica estructura divisional (metges, infermeres, administració i serveis) dels centres hospitalaris concertats. Les **ÀREES CLÍNIQUES** són les unitats assistencials agrupades per la similitud de les patologies tractades i on els equips assistencials multidisciplinaris desenvolupen la Gestió Clínica. Aquestes Àrees han d'assumir sis aspectes rellevants per a la seva gestió estratègica (Quadre 7.16). Prèviament, a la seva posta en marxa s'han de

complir uns requeriments necessaris per la implantació i consolidació d'una Àrea Clínica (Quadre 7.17).

QUADRE 7.16. ORIENTACIÓ ESTRATÈGICA DE LES ÀREES CLÍNIQUES

- ❖ Ser centres de gestió autònoms
- ❖ Negociar i signar amb Gerència el Contracte de Gestió Clínica
- ❖ Ser responsable de la gestió de tots els recursos assignats
- ❖ Tenir clients externs (pacients) i clients interns (professionals)
- ❖ Orientar l'activitat assistencial tenint com a centre el client
- ❖ Ser solidaries amb les altres Àrees Clíniques i amb la Comunitat

Font: elaboració pròpia

QUADRE 7.17. REQUERIMENTS PER LA IMPLANTACIÓ D'UNA ÀREA CLÍNICA

- ❖ Presència d'un líder del macroprocés
- ❖ Compromís de corresponsabilitat dels resultats globals
- ❖ Solidesa dels sistemes d'informació
- ❖ Existència d'un pressupost clínic
- ❖ Establir el Pla de Gestió de l'Àrea
- ❖ Desenvolupament i avaluació de les Vies Clíniques
- ❖ Aplicació del Programa de Millora Permanent dels Processos
- ❖ Implantació del model d'Autoavaluació de l'EFQM
- ❖ Existència d'una línia d'incentivació als equips

Font: elaboració pròpia

Les Àrees Clíniques són l'estructura organitzativa necessària per l'aplicació de la Direcció per Processos en un centre hospitalari. Cadascuna de les Àrees Clíniques correspon al desplegament en processos del Macroprocés Assistencial (secció 7.1.2.) . Cal disposar d'un líder del procés assistencial que serà el Director d'Àrea: el qual ha d'assumir juntament amb el seu equip directiu el compromís de corresponsabilitat dels resultats globals de l'Àrea.

L'Àrea Clínica ha de disposar d'uns sistemes d'informació que permetin obtenir les dades necessàries per la gestió dels Contractes de Gestió. El servei central de control de gestió ha de dotar a l'Àrea d'un **Pressupost Clínic Selectiu**, és a dir, de tots els elements econòmics que són gestionats directament des de la pròpia Àrea. L'equip directiu descentralitzat establirà el seu propi Pla de Gestió de l'Àrea, el qual haurà de ser aprovat pel Comitè Directiu Hospitalari. L'Àrea ha d'assumir la filosofia de la gestió per processos i per tant ha d'estandarditzar la seva pròpia pràctica assistencial, mitjançant el desenvolupament i avaluació de les Vies Clínicas i alhora ha de millorar permanentment tots els seus processos tant els assistencials com els de suport, que es realitzin a la pròpia Àrea.

L'Àrea Clínica ha d'aplicar el model d'Autoavaluació de l'European Foundation for Quality Management (EFQM), amb dos objectius, el primer, conèixer les seves àrees de millora i seguir l'evolució del seu desenvolupament i un segon, mitjançant la realització del seu propi procés de Planificació Estratègica, establir el Pla de Millora anyal.

Cada Àrea Clínica ha de tenir el seu propi líder o **DIRECTOR D'ÀREA**, convenientment un Cap de Servei, nomenat pel primer executiu de l'organització hospitalària, i serà el responsable de tots els professionals (metges, infermeres, administratius) i dels recursos estructurals, logístics i econòmics assignats. Les Àrees tindran el seu propi **Comitè Directiu**, format pels Caps de Servei Mèdics, les Coordinadores d'Infermeria i el Coordinador de Qualitat, i aquells altres professionals que decideixi la pròpia direcció de l'àrea. Tots els membres de la Direcció de l'Àrea Clínica compartiran l'activitat assistencial amb l'activitat de gestió. El que permet obtenir una coherència organitzativa amb la Direcció per Processos. Incrementar la Millora Permanent dels Processos a partir de la visió integral de les persones ateses (clients) mitjançant el disseny, implantació i avaluació de les Vies Clínicas, i els Manuals de Procediments, pels propis membres dels equips assistencials multidisciplinaris de les Àrees Clínicas. I per tant, disposen d'autonomia i responsabilitat sobre els resultats globals, tant siguin clínics com econòmics.

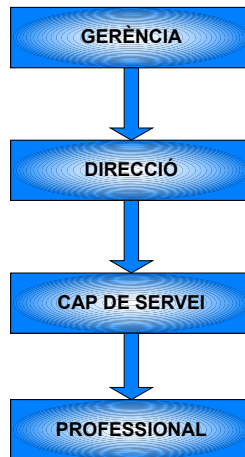
Un dels principals reptes de la gestió de les persones a les organitzacions basades en el coneixement, es harmonitzar els objectius individuals amb els de la institució per impulsar resultats eficients i assolir la satisfacció dels propis col·laboradors. Els Directors d'Àrea són l'element clau en aquest sentit, per crear amb un estil de direcció propi, un entorn de relació adequat per impulsar tot l'entusiasme i la creativitat del capital humà que lideren. Els Directors d'Àrea han de tenir definit el seu Estil de Direcció, en el Pla Estratègic del centre, basat en una triple vessant: a) crear una cultura de confiança mútua amb els col·laboradors i la gerència, b) promoure el creixement i recolzant les oportunitats de millora dels col·laboradors i, c) assumir la Missió, impulsant alhora els Valors ètics institucionals, les Línies Estratègiques i el Model de Gestió, que permetin assolir la Visió institucional, de ser una organització Excel·lent.

En un hospital innovador, des d'aquesta perspectiva de funcionament, es considera l'element imprescindible pel canvi, la demanda realitzada per part dels clínics d'una major autonomia i responsabilitat pel seu desenvolupament professional, de manera que els li permeti desenvolupar els seus propis projectes i aspiracions dins de l'àmbit de gestió clínica. El que provoca una **transformació organitzativa radical**, doncs, les relacions jeràrquiques clàssiques del model estamentari de tipus divisional es transformarà en un nou model relacional basat en la Gestió Clínica a partir de la Direcció per Processos del centre hospitalari (Figura 7.20).

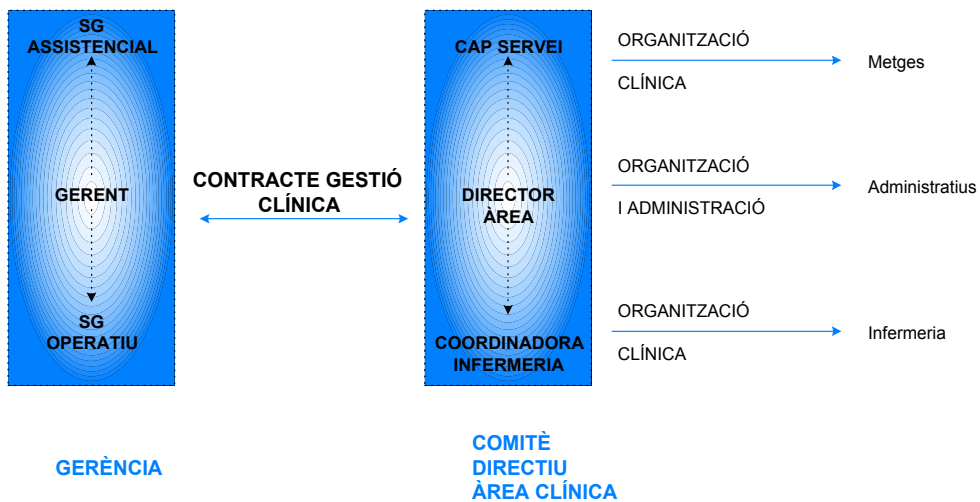
El fonament d'aquest enfocament és el reconeixement de la capacitat dels professionals d'assumir importants graus de responsabilitat si disposen d'autonomia suficient per organitzar-se dins d'un marc ampli prèviament definit. Cal que s'estableixi un pacte de mútua confiança entre els gestors i els clínics, a partir dels **Contractes de Gestió Clínica**, que estableixin la responsabilitat professional, en una posició ètica d'impuls dels valors compartits i de servei públic als clients i també l'impuls del desenvolupament professional i personal de tots els col·laboradors.

FIGURA 7.20: CANVIS DELS FLUXES RELACIONALS EN UN MODEL CLÀSSIC I UN MODEL BASAT EN LA GESTIÓ DE QUALITAT TOTAL

MODEL DE RELACIÓ CLÀSSIC



NOU MODEL DE RELACIÓ DEL PHV



Font: elaboració pròpia

Les Àrees Clínicas amb la finalitat d'avançar progressivament en la implicació de tots els professionals en el procés de gestió, han de desenvolupar el seu propi **PLA DE GESTIÓ**, que contemplarà el desenvolupament dels criteris bàsics necessaris per la seva constitució i consolidació al llarg del temps (Quadre 7.18).

QUADRE 7.18. CRITERIS DEL PLA DE GESTIÓ D'UNA ÀREA CLÍNICA

- ❖ CONSTITUIR COMITÈ DIRECTIU
- ❖ DEFINIR MISSIÓ
- ❖ ESTABLIR VISIÓ
- ❖ COMPARTIR VALORS
- ❖ INVENTARIAR ELS RECURSOS
- ❖ DESENVOLUPAR CATÀLEG SERVEIS
- ❖ NEGOCIAR CONTRACTE GESTIÓ CLÍNICA
- ❖ DESPLEGAR OBJECTIUS INDIVIDUALS I GRUPALS
- ❖ DETERMINAR NECESSITATS DE FORMACIÓ
- ❖ REALITZAR L'AUTOAVALUACIÓ
- ❖ CONFECCIONAR PLA ESTRATÈGIC
- ❖ IMPULSAR INCENTIUS I SISTEMA DE RECOMPENSA

Font: elaboració pròpia

El Pla de Gestió ha de ser elaborat pels components del comitè directiu de l'Àrea amb el lideratge del seu propi director. Per tant, un cop constituït el Comitè Directiu, aquests definiran la Missió, establiran la Visió a assolir i en una sessió de treball ampliada amb persones clau de l'àrea formularan els quatre, màxim cinc Valors a compartir. Així mateix, en una altra sessió de treball es realitzarà l'inventari de tots els recursos assignats i es desenvoluparà el catàleg de serveis que oferirà l'àrea. El director pactarà amb el gerent el Contracte anual de Gestió Clínica i, juntament amb l'equip directiu desplegarà els corresponents Objectius, tant a nivell grupal com individual. S'estudiaran les necessitats de formació del col·laboradors de l'àrea, tant a nivell de perfeccionament tècnic, com de coneixement de la filosofia i metodologies necessàries per l'aplicació de les estratègies de la gestió de qualitat total. Per la realització del Pla de Formació, disposaran del suport de l'Àrea de Gestió del Coneixement. En una etapa posterior, l'àrea realitzarà el procés d'Autoavaluació segons el Model EFQM d'Excel·lència, el que permetrà efectuar el seu **propri Pla Estratègic**. A l'annex 5 es presenta el Pla de Gestió d'una Àrea Clínica, concretament la de l'Àrea de Suport Diagnòstic i Terapèutic.

El **CONTRACTE DE GESTIÓ CLÍNICA** és l'operativització del concepte de Gestió Clínica. Aquest contracte ha de tenir dos apartats ben diferenciats. El primer, és un recordatori de la Missió, Visió, Valors, Línies Estratègiques i del Model GESHQUAT. El segon, en canvi té nou components (Quadre 7.19) i, els seus diversos paràmetres estan quantificats en termes de resultats. Aquest contracte serà negociat i posteriorment signat anyalment pel Director d'Àrea i la Gerència del centre hospitalari i posteriorment difós a tots els col·laboradors de l'Àrea Clínica conjuntament per part del Director d'Àrea amb el Gerent del centre. A l'annex 6 es presenta un model de Contracte de Gestió d'una Àrea Clínica. on tracta dos components bàsics, com són la realització de l'activitat assistencial i el rigorós compliment del pressupost assignat. A més a més contempla objectius de docència, recerca i formació continuada dels col·laboradors de l'àrea. S'inclouen també, objectius de millora de la qualitat tècnica (infecció nosocomial, infecció de la ferida quirúrgica, nafres per hospitalització, caigudes i accidents, estada mitjana, índex de reiteració de visites, etc) i objectius d'orientació al client (taxa de desprogramació ambulatoria i quirúrgica, retards d'atenció, queixes de tracte inadequat, consentiment informat, etc). Finalment, es contempen objectius d'impuls al desenvolupament del nou model organitzatiu (nombre de reunions i actes del comitè directiu, participació en projectes institucionals, etc).

Un Contracte de Gestió Clínica implica indistriablement establir un rigorós **SISTEMA D'INCENTIVACIÓ**, que haurà de tenir com objectiu primordial, el just reconeixement a la participació en la consecució dels objectius associats en el contracte. L'autonomia de gestió de cadascuna de les Àrees clíniques implica la dotació d'autoritat per a la presa de decisions als Directors d'Àrea. I no existeix autoritat sinó es disposa de capacitat tècnica i humana per discriminar positivament i negativament. Com els sistemes d'informació existents actualment, encara no permeten la discriminació individual, és recomanable establir un sistema global a tota l'Àrea Clínica i que el Comitè Directiu de l'Àrea estableixi el sistema de repartiment en funció de l'aportació global de cada estament professional. Les Àrees clíniques disposaran d'un sistema d'incentius, assignats en funció del compliment dels objectius del Contracte de Gestió. Aquests incentius fonamentalment seran de tipus grupal, seran

assignats des del comitè directiu de l'àrea als diversos membres dels equips multidisciplinaris.

QUADRE 7.19. COMPONENTS DELS CONTRACTES DE GESTIÓ CLÍNICA

- ❖ ACTIVITAT ASSISTENCIAL
- ❖ ACTIVITAT DOCENT
- ❖ FORMACIÓ CONTINUADA
- ❖ LÍNIES DE RECERCA
- ❖ IMPLEMENTACIÓ I AVALUACIÓ GUIES CLÍNIQUES
- ❖ ORIENTACIÓ AL CLIENT
- ❖ QUALITAT TÈCNICA
- ❖ DESENVOLUPAMENT MODEL ORGANITZATIU
- ❖ PRESSUPOST CLÍNIC SELECTIU

Font: elaboració pròpia

APLICACIÓ DE LA GESTIÓ CLÍNICA. Un cop s'ha conceptualitzat el model a aplicar a aquest s'ha d'iniciar d'una manera progressiva i és molt important obtenir l'EFECTE DEMOSTRACIÓ, el que comporta iniciar l'experiència en una Àrea on l'èxit estigui assegurat, per les seves característiques internes d'adhesió al canvi. El procés de canvi ha de rebre un gran suport de tot l'equip directiu i objecte d'un rigorós seguiment. El Model de Gestió Clínica ha de ser explicat pel Director d'Àrea i el seu equip directiu juntament amb el gerent del centre, a tots els col·laboradors adscrits a l'Àrea Clínica. Els resultats obtinguts s'han d'explicar a la resta del centre sanitari abans d'iniciar altres experiències d'aplicació del model.

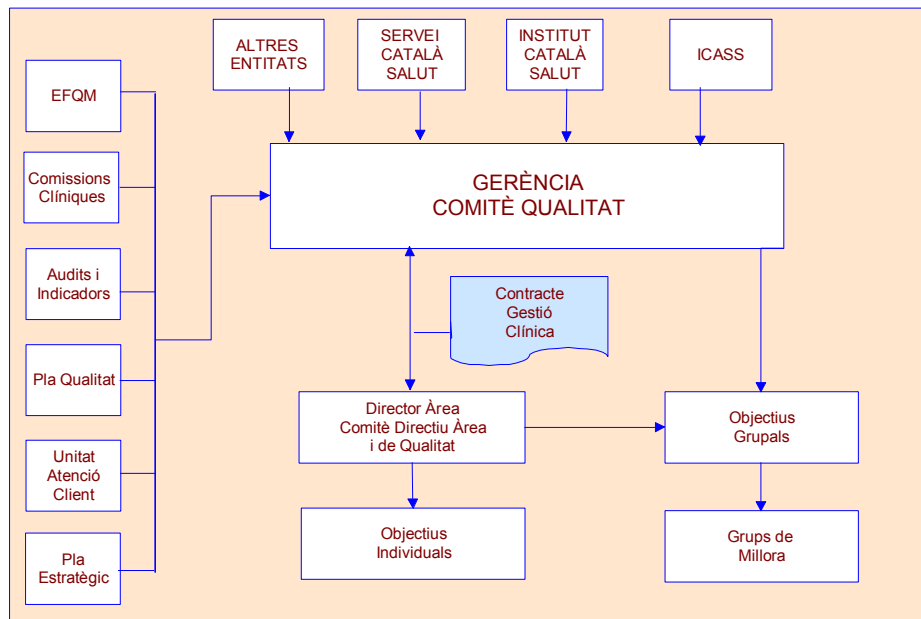
És important que els Directors d'Àrea, rebin prèviament a la posta en marxa de la Gestió Clínica, formació rigorosa en gestió integral dels sistemes sanitaris. El Director d'Àrea ha d'establir juntament amb els membres del seu equip directiu, el propi Pla de Gestió, aplicant els criteris exposats en el quadre 7.18. El Pla, haurà de ser presentat al comitè directiu hospitalari per a la seva

aprovació. Posteriorment serà presentat a tots els col·laboradors. A mesura que les Àrees Clínicas van instaurant-se, l'equip directiu hospitalari ha de treballar els criteris del Contracte de Gestió i marcar els objectius del mateix. Un cop s'ha realitzat l'aplicació a totes les Àrees, s'inicia el procés de signatura dels Contractes de Gestió, entre el gerent i el director d'Àrea. Aquests contractes hauran de ser explicats conjuntament pel gerent i el director a l'equip directiu de l'Àrea i un cop signats, a tots els col·laboradors de l'Àrea Clínica. El Director d'Àrea trimestralment exposarà al gerent l'avenç assolit en el compliment dels diferents objectius. Un cop finalitzat l'exercici anual i durant el primer trimestre de l'any següent es farà l'avaluació definitiva del compliment del contracte, s'assignaran incentius en funció del nivell d'objectius assolits i es prepararà el nou Contracte de Gestió Clínica.

PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA DE LES ÀREES CLÍNiques. Un pas endavant en la maduració de l'organització en el seu camí vers l'Excel·lència, és traslladar el Procés de Planificació Estratègica (secció 6.2.2) a les pròpies Àrees Clínicas, mitjançant la pràctica de l'Autoavaluació seguint el Model EFQM d'Excel·lència. A la figura 7.21 s'exposa un sistema de desplegament d'objectius, en un centre hospitalari contractat de la xarxa pública catalana. D'una banda, els contractes de prestació de serveis amb el Servei Català de la Salut (SCS), l'Institut Català d'Atenció i Serveis Socials (ICASS), Institut Català de la Salut (ICS) i entitats mutuais i clients privats. D'una altra, els inputs de les Autoavaluacions (EFQM) i Pla de Qualitat, Comissions Clínicas, Audits interns, Unitat d'Atenció al Client i Pla Estratègic. Aquests inputs arriben a la Gerència i al Comitè Directiu i de Qualitat, on a partir dels Contractes de Gestió Clínica es despleguen objectius individuals i/o grupals, en aquest cas, a partir del desenvolupament de Grups de Millora a les Àrees Clínicas.

Amb aquesta filosofia de la Gestió Clínica, el MODEL GESHQUAT pretén retornar als clínics la responsabilitat sobre el dia a dia i el compromís amb la seva institució, potenciant les activitats que millorin els resultats, com són la Direcció per Processos i la seva Millora Permanent.

FIGURA 7.21: DESPLEGAMENT D'OBJECTIUS



Font: elaboració pròpia

7.3.3. APLICACIÓ DE LA GESTIÓ CLÍNICA EN UN CENTRE HOSPITALARI.

El nucli inicial de l'aplicació de la Gestió Clínica en el PHV va ser l'aplicació del Pla Estratègic 1998-2000. A l'any 1997, mentre es preparava el Pla Estratègic 1998-2000, es va constituir la COMISSIÓ ASSESSORA DE LA GERÈNCIA, amb una doble finalitat, primer conceptualitzar el model de Gestió Clínica, mitjançant les aportacions personals d'un grup de professionals que eren líders clínics, i segon, dissenyar l'estratègia d'aplicació del model.

El procés liderat pel gerent del PHV va incorporar, al Director Mèdic amb els Caps de Servei de Ginecologia i Obstetrícia, Cirurgia, Anestèsia i Reanimació i Diagnòstic per la Imatge, posteriorment s'hi va afegir la Directora d'Infermeria, com a element clau per estimular al personal d'infermeria en el canvi de model que s'estava preparant.

Una de les primeres decisions va ser organitzar un curs de formació, de Gestió Clínica, adreçat a tots els directius, caps de servei mèdics, supervidores d'infermeria i un metge adjunt per servei. El curs tenia un doble objectiu, per una banda, formar als responsables clínics en la filosofia i metodologia de Gestió Clínica i per una altra, sensibilitzar als assistents, en l'aplicació d'aquests principis en la seva pròpia àrea de gestió, mitjançant la realització obligatòria d'una tesina de final de curs referida a un tema estratègic del seu propi servei.

El fruit de sis mesos de treball consecutius de la comissió i haver realitzat sessions de benchmarking en els centres hospitalaris de Parc Taulí (Sabadell), Hospital Clínica i Hospital del Mar (Barcelona) i Hospital d'Aranzazu (Donosti), es definí la Gestió Clínica, l'estructura organitzativa en Àrees Clíniques, els requeriments per la seva posta en funcionament (Quadre 7.20) i el calendari d'execució (Figura 7.22).

QUADRE 7.20. EVOLUCIÓ DEL DISSENY I APLICACIÓ DE LA GESTIÓ CLÍNICA EN EL PIUS HOSPITAL

- ❖ **FORMACIÓ EN GESTIÓ CLÍNICA:** Diploma de Postgrau en Gestió Clínica (EADA). A tots els Caps de Servei, Coordinadores d'Infermeria i 1 metge adjunt per servei (1996-1997)
- ❖ **CREACIÓ DE LA COMISSIÓ ASSESSORA DE LA GERÈNCIA** (1997)
- ❖ **BENCHMARKING ESTRATÈGIC** (1997)
- ❖ **DESENVOLUPAMENT DE LES ÀREES CLÍNiques** (1998-1999)
- ❖ **FORMACIÓ EN GESTIÓ DELS DIRECTORS D'ÀREA** (1998-2001)
- ❖ **APROVACIÓ DELS PLANS DE GESTIÓ DE LES ÀREES CLÍNiques** (1998-1999)
- ❖ **DESENVOLUPAMENT DELS CONTRACTES DE GESTIÓ CLÍNICA** (1999-2000)
- ❖ **AVALUACIÓ DELS CONTRACTES DE GESTIÓ CLÍNICA** (2001)
- ❖ **INCENTIVACIÓ ECONÒMICA:** En funció del compliment dels contractes de gestió clínica (2001)
- ❖ **INICI PLANIFICACIÓ ESTRATÈGICA DE LES ÀREES CLÍNiques** (2001)

Font: elaboració pròpia

Posteriorment, al llarg de l'any 1998 la comissió va establir el model de Contracte de Gestió Clínica a aplicar parcialment a partir de l'any 1999 i globalment a totes les Àrees, durant l'any 2000 i avaluat en el primer trimestre de l'any 2001. Durant el període d'implantació de les Àrees clíniques (març 1998-novembre 1999) tots els Directors de les Àrees clíniques, han realitzat un curs de formació en gestió de sistemes integrats de salut, en prestigioses escoles de negoci, amb la finalitat de formar-se professionalment en gestió empresarial aplicada a la gestió sanitària.

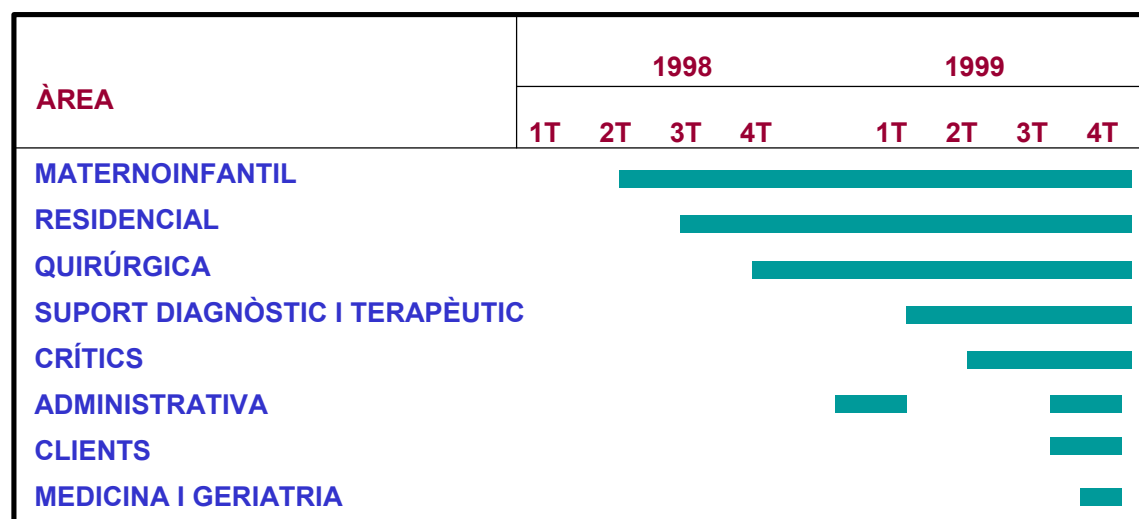
La implantació de les Àrees clíniques (cinc de Mèdiques i una Residencial) va ser progressiva durant dos anys. Es va decidir iniciar una Prova Pilot del Projecte amb el Cap de Servei de Ginecologia i Obstetrícia com a Director de l'Àrea Clínica Maternoinfantil en el mes de març de l'any 1988, doncs a la seva nova àrea s'ajuntaven tots els requeriments imprescindibles i els serveis de control de gestió, havien finalitzat l'elaboració del pressupost clínic per a l'Àrea i el quadre de comandament necessari pel seu control mensual. Doncs, cercava obtenir un EFECTE DEMOSTRACIÓ, adreçat a les properes Àrees clíniques.

El que es va assolir totalment, doncs la implantació de les Àrees era explicada i negociada, quan afectava a les condicions de treball dels col·laboradors, amb el Comitè d'Empresa. Només va haver un enfrontament seriós, en el primer intent de posar en funcionament l'Àrea Clínica de Crítics. La raó va ser la reubicació d'una auxiliar d'infermeria que canviava d'àrea. Un cop resolt aquest detall no van haver-hi més enfrontaments amb el Comitè d'Empresa. En el mes de novembre de l'any 1999 es va posar en marxa la darrera Àrea Clínica la de Medicina i Geriatria i va finalitzar el procés de transformació.

L'any 2000 es van aplicar els Contractes de Gestió Clínica a totes les Àrees clíniques. Es va realitzar un seguiment mensual del seu funcionament operatiu entre el Director de l'Àrea i els Sotsgerent Assistencial i un de trimestral amb el Gerent per analitzar exhaustivament el seu desenvolupament estratègic. També a l'any 2000 tres membres de cada àrea clínica (el director, el coordinador de qualitat i un altre col·laborador) van ser formats com avaluadors interns en el Model EFQM d'Excel·lència, amb l'autoavaluació de propi cas del

Pius Hospital, redactat prèviament pel Consultor Intern de Qualitat. Posteriorment en el darrer trimestre de l'any 2000, vuit col·laboradors de cada Àrea Clínica (tot l'equip directiu i varis col·laboradors) van realitzar l'Autoavaluació de la seva pròpia àrea, detectant punts forts i àrees de millora, i un cop prioritzades, iniciar al llarg de l'any 2001, el procés de Planificació Estratègica de cadascuna de les Àrees Clíniques.

FIGURA 7.22: CRONOGRAMA D'APLICACIÓ DE LES ÀREES CLÍNiques EN EL PHV



Font: elaboració pròpia

És una obligació ètica dels professionals del Pius Hospital (Pla Estratègic 1998-2000), fer la feina ben feta i esforçar-se en millorar-la constantment. A la vegada la institució desitja i vol reconèixer aquest esforç i si és possible recompensar-lo de manera grupal als professionals de les Àrees de Gestió, que sobresurtin en el camí de l'Excel·lència de l'Àrea. El nou Pla Estratègic 2001-2003, estableix el calendari per l'elaboració dels criteris a aplicar en l'assignació dels reconeixements i recompenses grupals i individuals.

A l'any 2000 el sistema d'incentius a les Àrees estava basat en l'assignació de recursos econòmics de lliure disposició a tres nivells: a) formació continuada

dels professionals, b) participació en grups de millora en horari laboral i, c) inversions descentralitzades. El sistema de repartiment dels recursos, a partir de l'any 2000 es basa en l'avaluació ponderada dels indicadors dels Contractes de Gestió Clínica prèviament pactats. Es garantitza una part fixa, però hi ha una part variable, que entra en competició entre les sis Àrees de Gestió Clínica en funció dels resultats obtinguts segons la taula que s'exposa a l'annex 7.

Durant l'any 2000, primer any en que totes les Àrees clíniques han executat el seu propi Contracte de Gestió, el PHV ha destinat vint-i-cinc milions per incentivació, dotze a formació descentralitzada, nou en inversions a les àrees i quatre pels grups de millora. Tots ells distribuïts proporcionalment a cada Àrea (Clínica i de Suport) en funció del nombre de professionals existents i ponderat per un factor de correcció en funció del nivell professional dels col·laboradors. A més a més durant l'any 2000 s'ha introduït un programa d'incentivació als equips assistencials per la realització i avaluació de les Vies clíniques. En el capítol 8, resultats, s'explica amb més detall l'avaluació dels contractes de Gestió Clínica de l'any 2000, realitzada durant el mes de febrer de l'any 2001, entre el Director d'Àrea i el Gerent amb el suport del Sotsgerent Assistencial i el Sotsgerent Operatiu.

La Gestió Clínica mitjançant la incentivació pel compliment dels objectius pactats dels Contractes de Gestió, permet apropar el llenguatge dels clínics i dels gestors i, ajudar a que els professionals de la salut adquireixin perspectiva de l'impacte econòmic de les seves decisions clíniques, responsabilitzant-se de les mateixes, alhora, permet atendre individualment als clients, i també, el conjunt de les necessitats sanitàries de la població que tenen assignada.