Gestión Integral de los Procesos del Hospital Plató según el modelo EFQM

[1]Polo Navarro D, [2]Alonso Carrasco T, [3]Burgués Burillo L, [4]Nicolàs Alcón I, [4]Pujol Borràs D
[1]Coordinador del Área Asistencial. Hospital Plató. Barcelona.
[2]Director Asistencial. Hospital Plató. Barcelona.
[3]Director de Enfermería. Hospital Plató. Barcelona.
[4]Socios Consultores. Athenea solutions. Barcelona.
Dirección para correspondencia: daniel.polo@hospitalplato.com

D. Polo Navarro

I. Nicolàs Alcón

D. Pujol Borràs

Resumen

El proyecto de implantación de la gestión basada en procesos busca afianzar en el Hospital Plató la cultura de la excelencia en la gestión y obtener, entre otros, los siguientes beneficios: estandarizar la actividad del Hospital, mayor implicación de los profesionales, allanar la organización, orientación al paciente, facilitar la mejora continua y mejorar la eficiencia global.

El proyecto se instrumenta a partir del Plan Estratégico 2007-2010. Hospital Plató ya había empezado a trabajar con el sistema de calidad EFQM en el Plan anterior (2003-2006), pero es a partir de 2007 cuando el núcleo más importante es la implantación de la Gestión Basada en Procesos.

Los beneficios del proyecto son tanto a nivel de eficiencia en la gestión, como a nivel de reconocimiento en la puntuación en la auditoría EFQM 2009 (puntuación de 400+ y Sello de Plata), así como de continua adaptación de los productos y servicios que ofrece el Hospital a las necesidades sociales y sanitarias de nuestro ámbito de influencia.

Para lograr implantar la Gestión Basada en Procesos se ha establecido una alianza estratégica con una consultoría especializada en el sector sanitario, athenea solutions, que nos ha guiado y ayudado en todo el camino.

A parte de la propia definición de los procesos, la estrategia para que el Hospital se gestione por procesos ha requerido la implantación de un conjunto de herramientas necesarias para que los líderes de los procesos puedan gestionarlos. Entre otras, se ha definido una metodología para la mejora continua y otra para la reingeniería de procesos, se ha instalado un cuadro de mando informatizado para cada proceso definido, y se ha implantado minerva, una aplicación web de gestión de incidencias, sugerencias, acciones correctoras, indicadores y documentación.

La implantación de todas estas herramientas ha facilitado la consolidación del modelo de gestión por procesos, proporcionando instrumentos facilitadores a los responsables para monitorizar sus procesos y mejorarlos de forma continuada.

Palabras clave: Gestión por procesos, Mejora continua, Reingeniería, Cuadro de mando, EFQM, Cuadro de mando integral.

EFQM & Process-Based Management at Hospital Plató

Abstract

The project to implement process-based management seeks to strengthen the culture of excellence in management in Hospital Plató and to obtain several benefits, including the following: standardized Hospital activity, greater involvement of professionals, flattening the organization, patient orientation, facilitating continuous improvement and improving overall efficiency.

The project is implemented according to the 2007-2010 Strategic Plan. Hospital Plato had already begun working with the EFQM quality system in the previous Plan (2003-2006) but it's since 2007 when the implementation of Process Based Management takes its most important role.

Project benefits are in two levels, both management efficiency and the level of recognition in the EFQM 2009 audit score (400+ score and Silver Seal), as well as continuous adaptation of products and services offered by the Hospital to the health and social needs of our influence area.

To achieve the implementation of Process-Based Management a strategic alliance has been established with athenea solutions, a consulting firm specializing in the healthcare sector that guided and helped us all the way.

Apart from the processes definition, the strategy to achieve process-based management in the Hospital has required a set of necessary tools for leaders to manage their processes. Among other actions, a methodology for continuous improvement and one for process reengineering have been defined; a computerized dashboard for each defined process has been installed; and minerva has

been setup, a web application for managing incidents, suggestions, corrective actions, indicators and documentation.

The implementation of all these tools has facilitated the consolidation of the process-based management, providing facilitating tools to those responsible to monitor their processes and to improve them continuously.

Key words: Process-based management, Continuous improvement, Reengineering, Dashboard, EFQM, Balanced scorecard.

Introducción y objetivos

Hospital Plató es un centro acreditado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Situado en la ciudad de Barcelona, con 161 camas, unidad de críticos y 9 quirófanos en su estructura, pertenece a la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña desde el año 1977 y es miembro de la Unión Catalana de Hospitales, de Barcelona Centro Médico y de la Federación Internacional de Hospitales.

Hospital Plató desempeña el papel de hospital general básico en una doble vertiente:

- Actividad en el mercado sanitario público, que representa aproximadamente el 90% de la actividad del centro.
- Actividad en el mercado sanitario privado y mutual.

Como hospital general, Hospital Plató dispone de servicios de la mayoría de las especialidades médicas y quirúrgicas.

Hospital Plató tiene dos pilares básicos en su gestión: el compromiso con la Calidad y la Excelencia, así como la asunción de la Responsabilidad y Gestión Social. Estos dos conceptos se han ido desarrollando a lo largo de los planes estratégicos (2003-2006 y 2007-2010) y se continuarán potenciando en el plan que se ha empezado a trabajar hace tan solo unos meses (2011-2014).

Si nos centramos en el primer pilar, el de la Calidad y la Excelencia, fue en el año 2003 cuando decidimos adoptar el modelo EFQM (Europea Foundation for Quality Management) como elemento de gestión, y obtuvimos una puntuación de 400+ (Sello de Plata) en las dos últimas evaluaciones.

Asimismo, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha integrado el modelo EFQM como base para la acreditación de centros de Atención Hospitalaria, a fin de impulsar la mejora continua de la Calidad en los centros sanitarios. A partir del 2007 hemos incorporado los estándares derivados de este modelo, del cual estamos acreditados con un 89% de cumplimiento de los estándares esenciales.

Para apoyar el avance hacia la Excelencia el Hospital Plató ha certificado determinadas áreas de la organización según ISO9001:2000, priorizando las relacionadas con los procesos clave y las que habían destacado por su esfuerzo en la Mejora de la Calidad.

Nuestro compromiso con la excelencia se ha visto recompensado en forma de diversos premios, destacando

el obtenido de la Fundación Avenis Donabedian a la Excelencia en Calidad en Hospitales (obtenido tanto en 2005 como 2009). Asimismo, nuestra voluntad de mejora e innovación se ha plasmado en el Accésit a la Innovación de los Premios Profesor Barea, recibido el 2010 por el proyecto de implantación de la herramienta "minerva gestión"

La Gestión Basada en Procesos es un modelo para gestionar las organizaciones, que fomenta la mejora eficiente y continuada de la satisfacción de clientes y profesionales, así como la calidad de sus procesos. Es uno de los principios de la Calidad Total, y es por eso que tanto la EFQM, el Modelo de Acreditación y las normas ISO aconsejan su implantación.

El proyecto de implantación de la gestión basada en procesos buscaba afianzar en el Hospital la cultura de la excelencia en la gestión, y obtener los beneficios mostrados en la tabla 1.

Método y resultados

Para lograr este cambio organizativo ha sido necesario trabajar de forma sistemática y planificada todos los siguientes proyectos:

1. Implantación de la Gestión Basada en Procesos (GBP).

2. Gestión de la mejora continua.

Tabla 1. Objetivos de la Gestión Basada en Procesos

1	Implicar a los profesionales
2	Descentralizar la gestión
3	Alinearse a las necesidades del paciente
4	Favorecer la mejora continua
5	Mejorar la eficiencia y eficacia
6	Avanzar en el modelo EFQM

3. Proyectos de reingeniería de procesos.

4. Implantación de una aplicación de soporte a la gestión (minerva).

5. Informatización del cuadro de mando de los procesos (Business Intelligence).

6. Adaptación del HIS (sistema de información hospitalario).

A continuación se detalla el método y resultados obtenidos en cada proyecto.

1. Implantación de la gestión basada en procesos (GBP)

Para la implantación de la GBP HP dispone de una metodología que sistematiza las distintas fases a seguir (figura 1), y se mantiene una alianza estratégica con una consultoría que dinamiza todo el proceso de definición y mejora.

El seguimiento y gestión de la GBP se lleva a cabo por el Grupo de Seguimiento de Procesos, formado por la Dirección Asistencial, la Coordinación de Enfermería, la Coordinación de Calidad y los consultores.

1.1. Formación y comunicación

Para asegurar que las personas interiorizan la nueva manera de trabajar que implica la GBP se forma a todas las personas involucradas en la definición de los procesos, incluyendo a todos los dirigentes y personas clave, y de forma periódica se llevan a cabo sesiones de formación a las nuevas incorporaciones.

Asimismo se comunica la información relevante de la GBP de forma continua a todo el Hospital, vía sesiones informativas o través de la intranet

Figura 1. Metodología de implantación de la Gestión Basada en Procesos

minerva comunicación, como pueden ser las revisiones del Mapa de Procesos, los cambios de líderes/propietarios de procesos, el fin de la definición e implantación de los procesos o los inicios y fines de los respectivos ciclos de mejora continua.

1.2. Definición del mapa de procesos y priorización

La manera más representativa de reflejar los procesos del HP y sus interrelaciones es mediante el Mapa de Procesos del HP, que los distribuye de manera gráfica según sean estratégicos, clave, o de soporte (figura 2). El año 2006 el CD definió el primer mapa, y actualmente es considerado como un elemento más de la estructura organizativa del Hospital revisándose anualmente o cuando hay cambios sustanciales para alinearlo con la estrategia. El mapa se incluye y difunde dentro del mismo documento que el organigrama.

Una vez definido el primer Mapa de Procesos el CD fijó un cronograma de implantación de los procesos, en función de la importancia de estos, del beneficio que podían aportar al cambio y al desarrollo de la estrategia. Se perfiló un proyecto a cinco años donde se priorizaron los cuatro procesos clave (atención quirúrgica, ambulatoria, hospitalización y urgencias), segui-

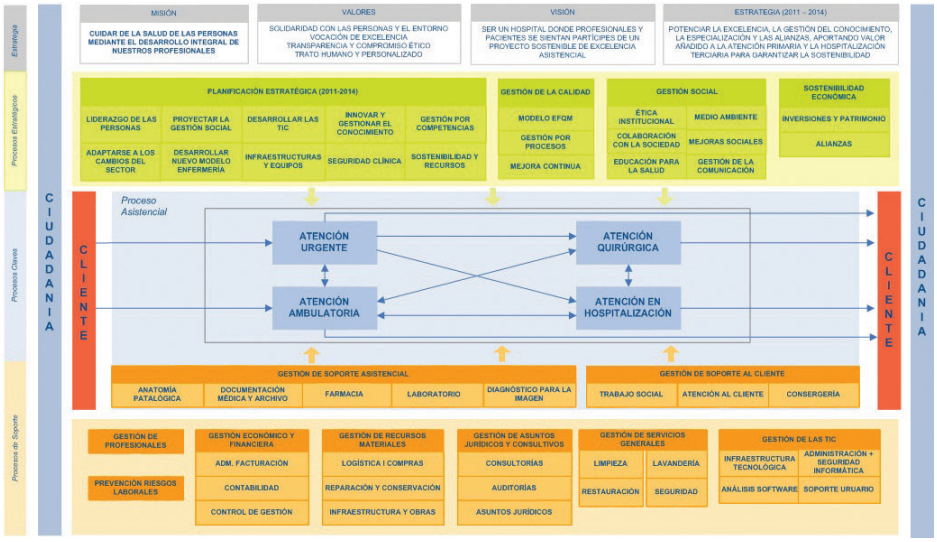

Figura 2. Mapa de procesos del Hospital Plató

damente los procesos de soporte asistencial (documentación médica y archivo, farmacia y anatomía patológica), los procesos de soporte al cliente y finalmente los procesos de soporte del área de desarrollo de personas y del área económica y patrimonial.

1.3. Definición de los procesos

a) Descripción y diagramación

Dado que los procesos del Hospital están integrados, son altamente complejos e involucran diferentes áreas, su definición se hace a diferentes niveles (tabla 2), y se ha usado el método IDEF. para plasmar el resultado (figuras 3, 4 y 5).

Para definir un proceso y cada uno de los subprocesos que lo forman se realizan aproximadamente de tres a cinco reuniones en las que participan grupos multidisciplinares formados por 6-8 expertos del proceso, la Coordinadora de Calidad y los consultores especializados.

Para complementar la diagramación cada proceso dispone de una Ficha de Definición, en la que se identifica su Líder, su Misión alineada con la Misión, Visión y Valores del Hospital, y sus Límites.

Adicionalmente, para los procesos clave se estudian las interacciones que existen con los procesos de soporte para mejorar su integración, y para garantizar la continuidad asistencial se contemplan los límites con procesos que exceden al Hospital. Esto ha permitido mejorar algunas interfaces, como la coordinación de altas con la Atención Primaria mediante una enfermera de enlace o la derivación de pacientes desde la Atención Primaria.

Tabla 2. Niveles de la Gestión Basada en Procesos

–0	Mapa de Procesos
0	Macroproceso
1	Subprocesos
2	Diagrama de flujo de actividades
3	Procedimientos y protocolos

b) Asignación del Líder del Proceso (LP)

A cada proceso y subproceso se le asigna su correspondiente LP, cuyas funciones se encuentran recogidas en la metodología de la GBP (tabla 3). Los Líderes de Proceso son las figuras clave de la GBP y forman un colectivo de 58 personas, que desde 2011 son consideradas a todos los efectos Personas Clave del Hospital.

c) Gestión de los indicadores de los procesos

Para cada proceso y subproceso se identifican un conjunto de indicadores que permiten a los LP y Expertos monitorizar de forma exhaustiva su rendimiento, siendo los indicadores uno de los pilares de la mejora continua de los mismos.

Todos los indicadores de proceso disponen de su correspondiente objetivo, y complementan los indicadores estratégicos del Cuadro de Mando Integral ofreciendo un segundo nivel de control del Hospital.

Se dispone de una metodología que guía el proceso de definición y seguimiento de los indicadores. A cada indicador se le asigna un responsable, que es un profesional implicado directamente en la materia que mide el indicador, normalmente el LP u otro Experto. Para definir un indicador el responsable ha de complementar los parámetros de la Ficha Técnica, entre los que se incluyen: nombre, definición, objetivo, fórmula, comparación,

Figura 3. Macroproceso

periodicidad, subscriptores (personas con acceso a los resultados) y validadores (personas que validan la definición y los resultados).

La gestión de indicadores se encuentra centralizada en la aplicación web minerva indicadores, que facilita la creación de su ficha técnica y su monitorización y publicación de resultados. Además, para facilitar el acceso ágil a la información los indicadores de proceso cuyos datos se encuentran en el Sistema de Información del Hospital están automatizados mediante una herramienta de Business Intelligence,

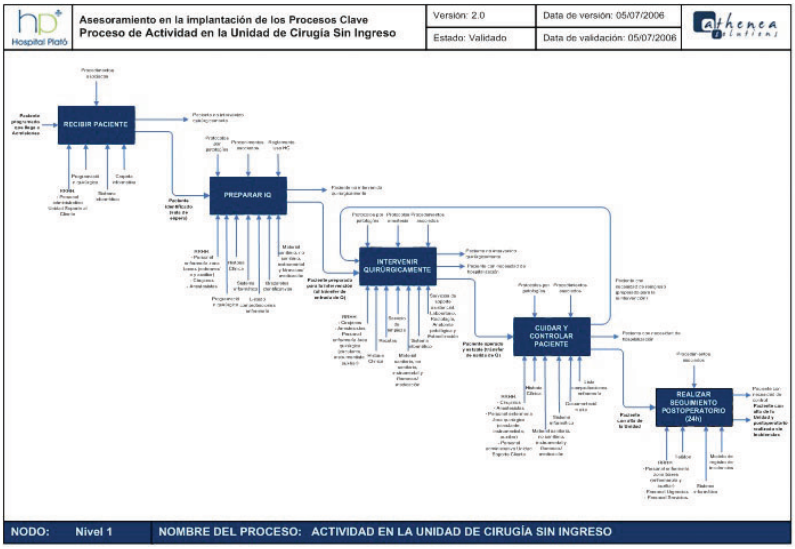

Figura 4. Subprocesos

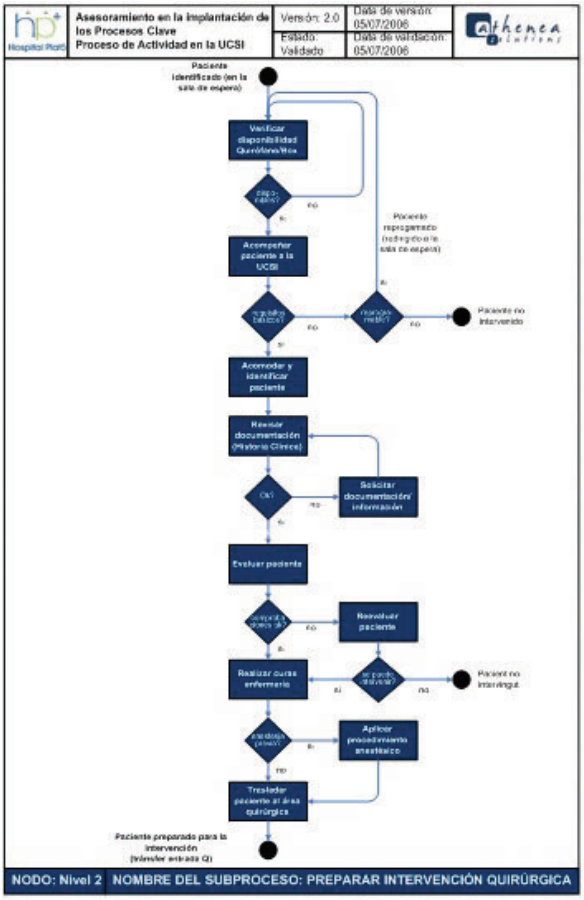

Figura 5. Actividades

minerva análisis, y los LP y Expertos pueden conocer su resultado en cualquier momento.

1.4. Implantación de los procesos

Una vez descritos los procesos se implantan y hacen efectivos en el Hospital, incluyendo:

- Comunicar la descripción del proceso a todo el Hospital vía sesión abierta y minerva comunicación.
- Explicar a los LP las tareas y responsabilidades que implica su nuevo rol.
- Abrir un canal para que todos los profesionales del Hospital puedan reportar incidencias y propuestas de mejora del proceso, a través de minerva tareas.
- Empezar a medir los indicadores del proceso, identificados durante la fase de definición del mismo.
- Elaborar procedimientos para detallar actividades del proceso que requieren de más detalle.

La implantación de la GBP en un proceso ya aporta mejoras, dado que se hace lo que hay que hacer, pero de

Tabla 3. Funciones de los Líderes de Proceso

Garantizar el buen desarrollo del proceso y el cumplimiento de su Misión
Liderar la mejora continua del proceso
Liderar el grupo de trabajo del proceso formado por los Líderes de subprocesos y Expertos
Asegurar la correcta interacción con el resto de procesos
Monitorizar los indicadores del proceso
Mantener actualizada la documentación de su proceso
Centralizar la gestión de incidencias del proceso

manera estructurada, uniforme y estandarizada, garantizando que la descripción se ejecuta, controla y ajusta.

1.5. Resultados

El proyecto de implantación de la GBP se inició en el 2006, y finalizó en el 2010 después de haberse definido todos los procesos y subprocesos relevantes, identificado sus LP y sus indicadores, y haberse iniciado los ciclos de mejora continua, como se muestra en la tabla 4.

2. Gestión de la mejora continua

Cuando los procesos están identificados, descritos e implantados, se entra en la fase de mejora continua de los mismos. El ciclo de mejora es anual y se encuentra sistematizado mediante una metodología que proporciona a los LP las cinco fases a seguir (figura 6).

2.1. Analizar el proceso e identificar oportunidades de mejora

Se hace una revisión y valoración anual de indicadores, incidencias del día a día, sugerencias del resto de profesionales y de las encuestas de satisfacción de los pacientes para detectar puntos fuertes y débiles y las posibles oportunidades de mejora. Se aplican diversas técnicas y herramientas: *brainstormings*, *role-playing* o diagramas de Ishikawa. Como soporte a la fase se dispone de una ficha de revisión del proceso.

Con el objetivo de alinear la mejora continua de los procesos a la estrategia del Hospital al inicio de la reunión el Director Asistencial expone el Plan Estratégico y sus Objetivos.

Tabla 4. Implantación de la Gestión Basada en Procesos

Proceso		Líderes	Subprocesos	Indicadores
Procesos clave	Atención quirúrgica	15	15	50
	Atención ambulatoria	5	5	10
	Atención hospitalización	4	4	41
	Atención urgente	11	12	15
Procesos de soporte asistencial	Farmacia	3	6	33
	Documentación médica	3	4	21
	Anatomía patológica	5	6	16
Procesos de soporte al cliente		3	3	103
Procesos económicos y financieros		8	10	49
Procesos de desarrollo de personas		4	7	25
Total		58	72	363

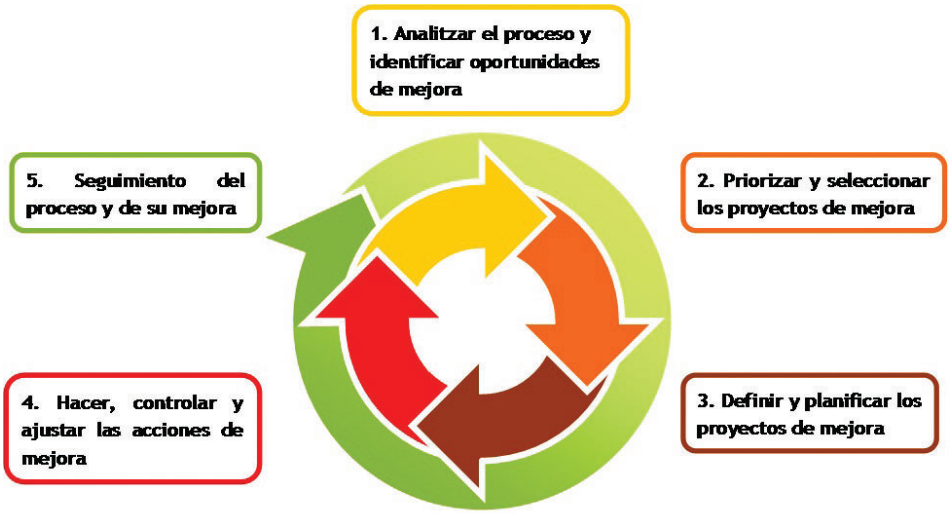

Figura 6. Metodología mejora continua

2.2. Priorizar y seleccionar los proyectos de mejora

En base a criterios objetivos se seleccionan los proyectos de mejora y *quick-wins* a realizar el próximo periodo para solucionar los problemas y oportunidades detectadas en la fase anterior. Se utiliza una matriz coste/beneficio y otras técnicas que facilitan a los grupos de mejora la priorización de problemas.

2.3. Aprobar el plan de mejora

Para cada proyecto seleccionado se define su objetivo, responsable, grupo de trabajo, planificación y acciones concretas a ejecutar, y el Plan de Mejora resultante es validado por la dirección correspondiente. Posteriormente los proyectos de mejora se introducen y gestionan mediante la herramienta minerva tareas, de forma análoga al resto de objetivos del Hospital, y se comunican a todo el Hospital mediante la intranet minerva comunicación.

2.4. Ejecutar el plan de mejora

El responsable y grupo de trabajo de los distintos proyectos han de ejecutarlos según la planificación aprobada.

2.5. Seguimiento y cierre del plan de mejora

Para garantizar durante todo el año la correcta ejecución del plan de mejora se lleva a cabo una reunión de seguimiento a los seis meses y una de cierre a final del período. En la reunión de cierre se revisa la consecución de los objetivos planificados, que se comunican a todo el Hospital mediante la intranet, y el LP realiza una valoración de la dinámica de trabajo del grupo con el fin de mejorar el enfoque del próximo ciclo.

2.6. Resultados

La aplicación de esta metodología a todos los procesos asistenciales ha permitido trabajar un total de 178 proyectos de mejora, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Metodología de mejora continua

Proceso	N.° de proyectos	Ejemplos de proyectos de mejora
Atención quirúrgica	65	Realizar el preoperatorio a dos semanas vista de la intervención Optimizar la gestión de los boxes de la UCSI Unificar entre los servicios las indicaciones previas a la intervención Mejorar la programación de las intervenciones urgentes
Atención ambulatoria	29	Implantar el informe de alta del proceso ambulatorio Mejorar la continuidad asistencial con la Atención Primaria Recordar las visitas al paciente mediante envío de SMS
Atención urgente	18	Definir un circuito de visitas de familiares a la UCI Implantar la atención urgente en box rápido Mejorar el sistema MAT de triaje
Atención en la hospitalización	31	Mejorar la continuidad asistencial con centros sociosanitarios Optimizar la coordinación entre médicos y enfermería Procedimentar la inclusión de nuevos tratamientos de hospital de día
Documentación médica y archivos	11	Procedimentar el préstamo de la historia clínica Reducir la impresión innecesaria de informes y documentación Evitar el envío de la historia clínica para programar intervenciones
Farmacia	14	Adecuar la frecuencia de revisión de caducidades Facilitar la notificación de incidencias farmacológicas Difundir las modificaciones de la guía farmacológica
Anatomía patológica	10	Reducir las incidencias en el transporte de muestras Crear el consentimiento informado de estudios moleculares Mejorar la identificación de las muestras extraídas

3. Proyectos de reingeniería de procesos

Cuando la metodología de mejora continua no es suficiente ya que se busca una mejora radical se realizan proyectos de reingeniería de procesos con una nueva metodología.

Mientras que la mejora continua, explicada en el punto anterior, hace hincapié en cambios pequeños, increméntales, la reingeniería significa ruptura con el antiguo proceso, rediseñarlo de nuevo. Así, la situación ideal es afrontar una reingeniería inicial de aquellos procesos que lo precisen para a partir de ahí, trabajar con los conceptos de mejora continua.

Durante el periodo 2009-10 se llevó a cabo la reingeniería del bloque quirúrgico redefiniéndose por ejemplo la gestión de la logística y compra de material con un nuevo sistema de doble cajón, o la manera de programar y planificar las intervenciones.

Entre otras acciones, se ha racionalizado los horarios de quirófano, consiguiendo un importe ahorro de costes a raíz de mejorar la eficiencia y coordinación entre los diferentes colectivos: enfermería, cirujanos y anestesia.

4. Implantación de una aplicación de soporte a la gestión (minerva)

Se ha implantado una aplicación web, minerva, que facilita la gestión centralizada de la calidad del Hospital y permite a los propietarios de los procesos gestionar las incidencias, sugerencias

y acciones de mejora de sus procesos, así como controlarlo mediante sus indicadores. También facilita el acceso y gestión de la documentación del mismo, y la comunicación interna a todo el hospital de los resultados más relevantes conseguidos por los equipos de proceso.

4.1. Minerva tareas

Permite gestionar las tareas, incidencias, sugerencias, peticiones, acciones de mejora y objetivos estratégicos del Hospital, cubriendo todo el ciclo de vida, des de la petición por parte de un usuario hasta la resolución por el grupo de técnicos correspondiente a la tipología de la tarea.

Des de que se puso en funcionamiento en enero de 2007 se han gestionado a través de esta herramienta más de 150 000 tareas de todo el hospital. Aproximadamente 700 personas del Hospital que han creado alguna tarea, y más de 170 técnicos se encargan de su gestión (figura 7).

4.2. Minerva indicadores

Permite gestionar de manera centralizada todos los indicadores del Hospital, pasando por la creación por parte de un responsable, la validación de un experto, la actualización periódica de sus resultados y finalmente la comunicación de resultados a los distintos suscriptores.

Des de que se puso en funcionamiento en noviembre de 2008 se han gestionado a través de esta herramienta cerca de 700 indicadores, gestionados por más de 130 personas del Hospital (figura 8).

4.3. Minerva documentos

Permite la creación, edición colaborativa, validación, publicación y revisión de todos los documentos del Hospital.

Des de que se puso en funcionamiento en mayo de 2009 se han gestionado a través de esta herramienta más

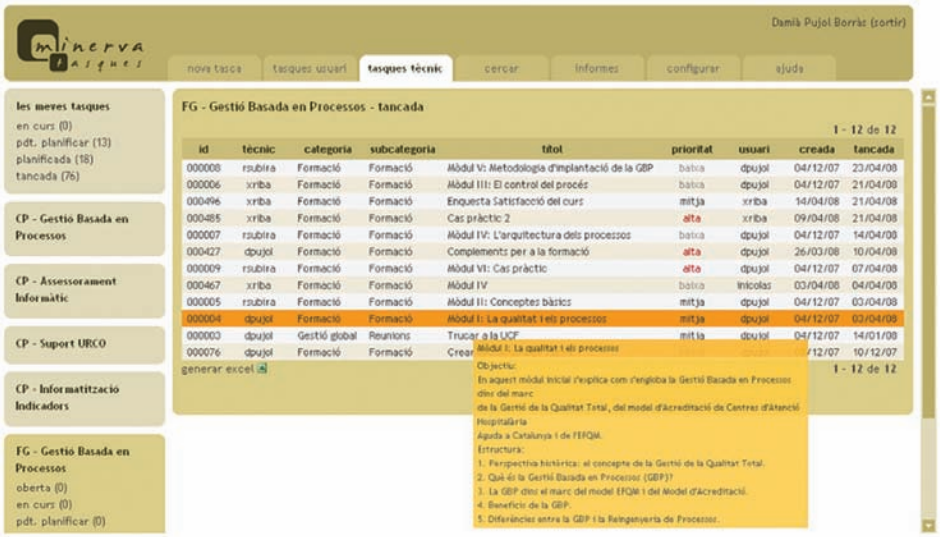

Figura 7. Listado de tareas

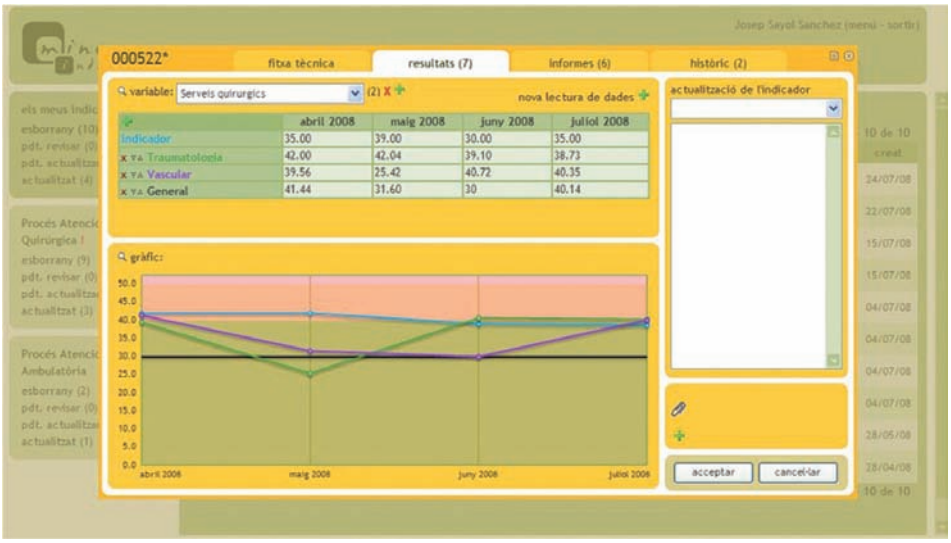

Figura 8. Resultados de un indicador

de 3000 documentos de todo el hospital, gestionados por más de 200 personas del Hospital (figura 9).

4.4. Minerva comunicación

Este módulo permite gestionar todos los comunicados internos del Hospital y facilita la comunicación e interacción entre los profesionales de la organización a todos los niveles.

Des de que se puso en funcionamiento a finales 2009 se han publicado a través de esta herramienta más de 600 comunicados del Hospital (figura 10).

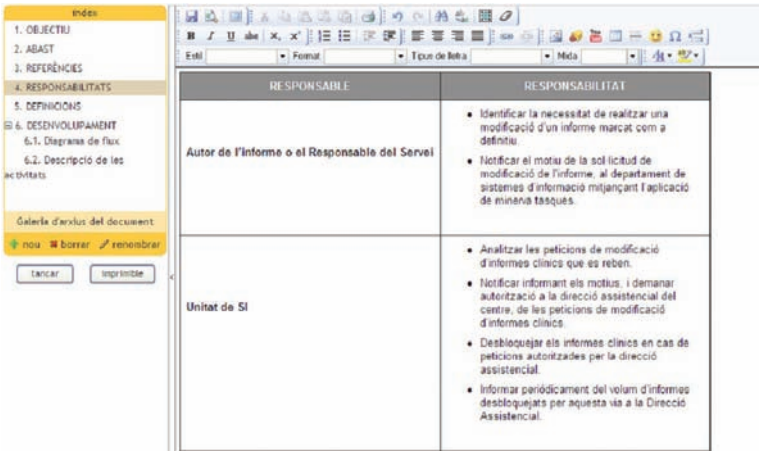

Figura 9. Edición *on-line* de un documento

Figura 10. Comunicados internos

5. Informatización del cuadro de mando de los procesos (business intelligence)

Para dar más herramientas a los propietarios de proceso se ha instalado una aplicación de Business Intelligence, minerva análisis, que permite extraer informes automáticos del Sistema Informático del Hospital.

El objetivo principal del proyecto de automatización de los cuadros de mando del hospital es conseguir que los diferentes responsables tengan información actualizada, veraz y disponible en cualquier momento sobre lo que está pasando en sus áreas de responsabilidad.

El proyecto se inició en 2008 y ya se tienen los cuadros de mando de los cuatro procesos clave, recogiendo los 63 indicadores de gestión de los procesos mostrados en la tabla 6.

En las figuras 11, 12 y 13 se muestran algunos ejemplos de informes disponibles.

Para su desarrollo se utilizó una metodología basada en las siguientes fases:

1. Análisis: recoger los requerimientos funcionales de los nuevos cuadros de mando y analizar los datos necesarios para el cálculo de los indicadores.

Tabla 6. Informes de procesos

Proceso	Implantación	N.º informes	Ejemplos
Atención quirúrgica	2008	42	Índice de ocupación de quirófano
Atención ambulatoria	2009	3	Anulaciones de visitas ambulatorias
Atención en hospitalización	2009	7	Tiempo de estancia del paciente hospitalizado
Atención urgente	2009/10	3	Tiempo de demora para ser atendido en urgencias
Procesos de soporte asistencial	2009	8	Tiempo entre la realización de las pruebas diagnósticas y la recepción del informe

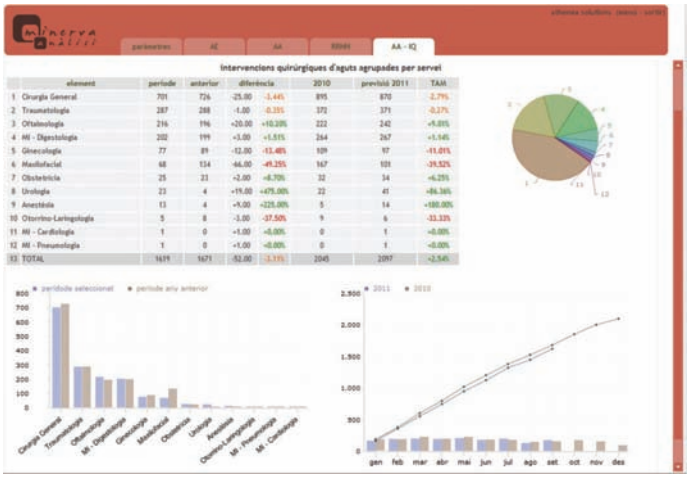

Figura 11. Cuadro de mando

2. Diseño funcional: validar el prototipo de cuadro de mando y definir el cronograma de implantación.

3. Diseño técnico: realizar el diseño lógico del traspaso de datos para que el departamento de informática pueda empezar a preparar la extracción de datos y diseñar la estructura de datos de la base de datos intermedia.

4. Desarrollo: desarrollar el circuito de carga de ficheros de traspaso de la base de datos el sistema de información del hospital a la base de datos intermedia y desarrollar los cuadros de mando definidos.

5. Implantación: instalar a los servidores del hospital los cuadros de mando desarrollados y formar a

Figura 12. Cuadro de mando

Figura 13. Cuadro de mando

los responsables de estos cuadros de mando para su uso y control.

6. Adaptación del HIS (sistema de información hospitalario)

A medida que se van definiendo los procesos se van mejorando y adaptando los sistemas informáticos para dar cobertura a las necesidades de los procesos. Se aplica una metodología basada en la elaboración de análisis funcionales con los requerimientos de las nuevas aplicaciones informáticas.

Se han desarrollado, entre otros, los siguientes módulos: informatización de los quirófanos, con el uso de pantallas táctiles, petición y digitalización de imágenes diagnósticas, petición de anatomía patológica, integración con el laboratorio, etc.

La metodología para la implantación de las nuevas aplicaciones informáticas consta básicamente tres fases claramente diferenciadas:

1. Toma de requerimientos: Hacer una correcta comprensión de la problemática a resolver y recoger todos los requerimientos con la ayuda de los propietarios y expertos del proceso.

2. Análisis funcional: Definir todas las funcionalidades que tiene que tener la nueva aplicación informática.

3. Implantación: Implantar la nueva aplicación informática y formar a los futuros usuarios de la aplicación.

Desde 2007 se han implantado los siguientes módulos, que han permitido mejorar el control que se tiene sobre los procesos del hospital:

- Actividad quirúrgica de les tres unidades de cirugía.
- Catálogo de incidencias asistencial.
- Packs de consumo de quirófano por intervención.
- Seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos en la UCSI.

- Codificación diagnóstica.
- Admisiones quirúrgicas y médicas.
- Integración con el proveedor y digitalización del diagnóstico por imagen.
- Integración con el laboratorio.
- Integración con anatomía patológica.
- Derivaciones.
- Configuración de la programación del Hospital.
- Registro informático del estudio preoperatorio.
- Inicio y seguimiento del proceso quirúrgico.
- Historia clínica electrónica y curso clínico del paciente.
- Informatización de las órdenes médicas.
- Receta electrónica.

Discusión

A través de la Gestión Basada en Procesos, nuestro Hospital tiene una visión más integrada y orientada hacia el paciente. Los diferentes equipos multidisciplinares trabajan de forma sistémica y sistemática, y con la menor variabilidad posible, creando sinergias entre ellos y relaciones transversales.

El concepto de liderazgo adquiere cada vez una mayor relevancia, comportando un cambio de cultura empresarial. Las personas se sienten más libres de emprender cambios, y coexisten una estructura jerárquica con otra transversal, sinónimo de evolución y madurez de la organización.

La implicación de nuestros profesionales es mayor, pues el liderazgo de los diferentes procesos es llevado a cabo por personal con talento, más allá de su rango jerárquico. Destacar que el proyecto ha implicado a más de 150 profesionales del Hospital Plató (aproximadamente un 40% de la plantilla).

Todo ello redunda en una mayor satisfacción, tanto de empleados como de pacientes, mejorando a su vez la calidad ofrecida y la eficiencia de los procedimientos asistenciales, hecho especialmente importante en momentos de crisis económica.

La implantación de la Gestión Basada en Procesos ha supuesto una innovación organizativa en el Hospital; a través de este modelo se ha modificado la estructura del centro y ha supuesto una nueva manera de trabajar que nos está convirtiendo en un hospital más competitivo.

De forma esquemática, los beneficios obtenidos han sido:

- Estandarizar la actividad: describiendo todas las actividades de los procesos clave, con fichas y diagramas que ayudan a visualizar y comprender como se trabaja, quien hace que y cuando, que es necesario para hacer, etcétera. Se mejoran los sistemas de comunicación/información y se optimizan los recursos
- Implicar a los profesionales: asignando personas a la gestión de los procesos y promoviendo el trabajo en equipo
- Centrarse en el paciente: identificando las actividades que aportan

valor al paciente y sus interrelaciones, desde que el paciente tiene una necesidad, hasta que la misma está resuelta.

- Favorecer la mejora continua: desarrollando un sistema de indicadores para la medición y el análisis en términos de actividad, eficiencia, adecuación, seguridad y satisfacción.

- Allanar la organización: promoviendo una organización horizontal y no departamental, nombrando propietarios de proceso independientemente del nivel jerárquico que ocupen en el organigrama.

- Mejorar la eficiencia y eficacia: disminuyendo tiempos de espera, eliminando burocracia, evitando actividades duplicadas, asegurando el valor añadido, disminuyendo la variabilidad, etcétera.

Finalmente, comentar que tenemos que seguir trabajando en el "ciclo sin fin" de la mejora continua, siento esta una tendencia, un camino que sirve para mejorar la organización, las personas que trabajan en ella y la calidad del servicio que se presta a los pacientes.

Bibliografía recomendada

- Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2005.

- Beltrán Sanz J. Guía para una gestión basada en procesos. Sevilla, Instituto Andaluz de Tecnología; 2002.

- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 2001.

- Gestión por procesos. Una herramienta eficaz para la mejora continua. Revista Todo Hospital. 1999.

- Guía para la Gestión de Procesos. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Eusko Jaularutza-Gobierno. Vitoria; 1999.

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial. 1991;6(3):65-74.

- Juran Institute. Gestión de la calidad: Mejora de la calidad en los servicios. Madrid: AENOR; 1994.

- Kaplan RS, Norton DP. Cuadro de Mando Integral The Balanced Scorecard. Gestión 2000. 1997.

- Metodología de diagramación IDEF [en línea]. Disponible en www.idef.com

- Modelo EFQM de excelencia en la gestión [en línea]. Disponible en www.efqm.org

- Monográfico sobre Gestión de Procesos. Revista Calidad Asistencial. 1999;14(4).

- Moracho O. Gestión por procesos en el hospital de Zumárraga. Arquitectura de Procesos. 1999.

- Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria, Sescam. La Gestión Por Procesos. Toledo; 2002.