



Luis Martí-Bonmatí.



Ené Regos.

Innovación en Radiología. La experiencia de la colaboración público-privada en un hospital público universitario

¹Martí-Bonmatí L, ²Regos E

¹Director del Área Clínica de Imagen Médica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

²Philips Healthcare Transformation Services. Philips Ibérica S.A.U. Cuidado de la Salud. Madrid.

Dirección para correspondencia: luis.marti@uv.es

Introducción

Frente a la externalización de recursos en la práctica radiológica, una experiencia asociada con frecuencia a efectos negativos tales como la fractura profesional, la desertización científica y el expolio económico, existe un tipo de relación entre la Administración pública y las entidades empresariales, bastante menos explorado, que permite un mejor desarrollo de la asistencia sanitaria, de la excelencia investigadora y del uso racional de posibilidades y recursos. En un modelo fuertemente burocratizado como el de los hospitales públicos, donde se prima una supuesta estabilidad y seguridad frente a la innovación y la excelencia, esta colaboración público-privada (*public-private partnership*) puede implementarse con criterios de beneficio mutuo¹.

El sistema sanitario público en los últimos años ha alcanzado muchos logros, pero existen limitaciones y amenazas que restringen su eficiencia y calidad asistenciales. Entre ellas cabe

destacar la falta de ajuste del gasto, la burocratización excesiva, la falta de flexibilidad de sus estructuras y el riesgo de insatisfacción de sus profesionales. Una aproximación hacia la mejora pasa por acercar la organización y la toma de decisiones a las necesidades de los pacientes y los profesionales, proponer modelos organizativos que individualicen las responsabilidades dentro de la organización, y orientar la estructura hacia modelos de eficiencia en la toma de decisiones y el consumo de los recursos.

En el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia se aprovechó la oportunidad del traslado a unas nuevas instalaciones para definir un modelo de relación que maximizara el tramo tecnológico del equipamiento, evitara su obsolescencia, garantizara su uso adecuado y permitiera definir colaboraciones encaminadas hacia un beneficio final al paciente. Esta colaboración público-privada es capaz de implementar y ejecutar proyectos en menos tiempo, aprovechar los conoci-

mientos técnicos y la experiencia empresarial, ahorrar en esfuerzo y costes globales, integrar y estandarizar los proyectos, y desarrollar infraestructuras y servicios, como la investigación, con un control transparente. Su desarrollo nos permite obtener servicios, equipamientos e infraestructuras de titularidad pública y con acceso universal, pero con el valor, los recursos y la eficiencia de las empresas especializadas.

En este capítulo se abordarán dos aspectos de esta colaboración, menos conocidos pero de enorme importancia. Además del desarrollo de mejores equipamientos y mayores prestaciones, mantenimientos y renovaciones, inversiones e innovación, costes y amortizaciones; la colaboración público-privada tiene un aspecto de desarrollo profesional en un grupo de trabajo que aúna conocimientos y habilidades como base de la excelencia continuada.

La colaboración como objetivo

El Área Clínica de Imagen Médica inició un proceso de colaboración con el proveedor líder en tecnología de imagen del hospital para mejorar la calidad de la atención al paciente y la eficiencia global del departamento.

En este momento, el hospital se encontraba inmerso en un proceso de cambios radicales. En su nueva ubicación, se integraron cinco servicios y unidades, diferentes en lo profesional y físicamente distantes. La coexistencia de culturas organizativas muy diferentes representó un reto importante donde las expectativas de los miembros podían plantear tensiones para establecer unas normas y comportamientos homogéneos. Por otro lado, esta diversidad ofrecía una oportunidad para identificar mejoras y potenciar ejemplos de excelencia.

Desde los inicios se reconoció que el objetivo tenía que estructurarse hacia la colaboración del equipo en la mejora de los procesos, la normalización de la gestión y la centralización en la satisfacción de los pacientes. La cooperación, el trabajo en equipo, la comunicación e interiorizar la misión, visión y estrategia del Departamento debían convertirse en nuevos procesos y comportamientos. Para ello era necesario centrarse primero en la integración del personal.

Así pues, se elaboró un plan para potenciar la visión y aplicar la estrategia, mejorar la calidad asistencial y la eficiencia del departamento, basado en la creación del equipo de liderazgo y la construcción del método para optimizar los flujos de trabajo individuales a través de una serie de eventos *Kaizen*² mediante talleres de mejora continua. La racionalización de los procesos y la optimización de los recursos proporcionarán un mejor entorno profesional pese a los recortes presupuestarios y las dificultades estructurales de nuestro sistema sanitario.

Visión y plan estratégico a través de un taller de trabajo

Se decidió utilizar la colaboración público-privada para afianzar una visión que permitiera acelerar coordinadamente el cambio, mejorando los mapas de procesos y agilizando las respuestas.

Este proceso se articuló con un taller de cinco días de duración donde se proporcionó al personal seleccionado la información, los instrumentos y la metodología necesarios para desarrollar una "visión" compartida por la Dirección. Los participantes se seleccionaron de entre los líderes de opinión y representantes de los distintos estamentos involucrados. El principal objetivo era acelerar la integración de los

profesionales, compartir e implantar la visión de la nueva área de imagen, construir un equipo con el compromiso de colaborar y participar, motivar y escuchar al personal. La clave del éxito era involucrar y comprometer a todos y cada uno de los participantes como agentes de cambio para desarrollar la nueva estrategia en un ambiente colaborativo.

Dado que el área se compone de algo menos de 400 personas, y para integrar opiniones y posiciones diferentes, se seleccionó para este equipo de liderazgo a 28 participantes, incluyendo 11 radiólogos, dos médicos nucleares, un cardiólogo, un pediatra, un residente, cinco enfermeros, tres técnicos en Radiología, un celador y tres empleados administrativos. Los criterios de selección se basaron en la actitud personal, la aptitud, la categoría laboral y la experiencia, procurándose que existiera un equilibrio de género.

El taller partía del documento de estrategia del área clínica ya existente, de un estudio sobre la cultura de la organización y de una serie de entrevistas individuales con todos los participantes. El plan de acción finalmente se estructuró en varias fases.

Fase 1. Involucrar al personal

El principal objetivo inicial fue involucrar a los participantes. Para ello se empleó una encuesta de evaluación de la cultura organizativa, una entrevista personal y un análisis de los resultados de la encuesta del taller. Se recogieron comentarios y sugerencias de las diferentes personas del grupo. La encuesta utilizada fue el *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*³.

Esta fase era importante para comprender las motivaciones personales y todos aquellos aspectos, tanto indivi-

duales como de grupo, que permitieran articular las visiones personales y compartir, mejorar y pulir la visión departamental.

En la encuesta sobre la cultura de la organización se identificó que el personal opina que en nuestra organización la "adhocracia" es dominante. En este modelo, la organización se siente como un ambiente dinámico y creativo de trabajo donde los empleados asumen riesgos, son los líderes, los innovadores y quienes deciden tomar el riesgo. La dotación de nuevos equipamientos, productos y servicios se vio como un éxito donde la organización promueve la iniciativa individual y la libertad.

Sin embargo, el deseo del personal era mayoritariamente pertenecer a una familia, construir una "cultura de clan". Esta relación crea un ambiente agradable donde los componentes tienen muchas cosas en común y se convierten en una gran familia. Los líderes y directivos se ven como mentores o incluso como figuras paternas. La organización se mantiene unida por la lealtad y la tradición, con una alta participación. La organización hace hincapié en el desarrollo a largo plazo de los recursos humanos y en un clima laboral de compañerismo, promoviendo el trabajo en equipo, la participación y el consenso. Aunque al Director del Área se le reconoció un estilo de dirección innovador, visionario y emprendedor, la mayoría de colaboradores echaban en falta un mentor y un facilitador.

La conclusión más importante de esta fase fue que el deseo de la mayoría de componentes era la construcción de un grupo y el trabajo en equipo.

Fase 2. Mejorar y perfeccionar la visión

Durante las sesiones en equipo, se ins-
tó a describir un estado ideal (soñar el

futuro) y dibujar la situación actual (dónde nos encontramos), para medir la distancia entre los dos escenarios y comprender las acciones a emprender para avanzar.

En estas sesiones se identificaron muchas oportunidades. Algunos ejemplos son:

- La tecnología proporciona grandes oportunidades clínicas y de investigación.
- El deseo de satisfacer a los clientes, pacientes y prescriptores, ayuda a poner foco en la organización. Las personas se comportan como verdaderos promotores de su lugar de trabajo.
- El equipo es entusiasta y está dispuesto a trabajar conjuntamente para crear oportunidades.
- La nueva estructura mejora la posibilidad de ampliar conocimientos, experimentar, atraer a más residentes y mejorar las sinergias interdepartamentales.
- Por último, el área clínica de imagen médica se ve como un gran lugar para aprender, publicar, innovar y hacer nuevas cosas.

También se identificaron algunas preocupaciones, destacando entre las más relevantes:

- Los procesos no estaban todavía implementados de forma rutinaria.
- No estaba claro el motivo para crear un único Departamento de Imagen Médica cuando se seguía trabajando en grupos pequeños. La sensación de ser un solo departamento era débil.
- La colaboración efectiva dentro de este equipo, la gestión del conoci-

miento y el intercambio de información eran una preocupación.

- La inquietud de los facultativos era alejarse de su verdadero trabajo clínico por las tareas administrativas y de gestión.

La metodología empleada consistió en recoger estos datos, agruparlos y organizarlos según los requisitos para el éxito del cambio definidos por el modelo Knoster⁴. En este modelo se distinguen seis requisitos organizativos para una aproximación satisfactoria al cambio (visión, consenso, habilidades, incentivos, medios y acciones). Un cambio exitoso debe optimizar toda esta variedad de elementos condicionales, incluyendo la visión y la estrategia, el consenso sobre la estrategia, las habilidades para ejecutarlo, los incentivos para que valga la pena (lo que está en él para mí), los medios para ayudar a ejecutarlo, y finalmente un plan de acción claro que permita implementar la estrategia. Todas las condiciones son fundamentales para un proceso exitoso de cambio, todos los requisitos deben estar en su lugar y deben identificarse todas las acciones a realizar (Figura 1).

Fase 3. Acuerdo sobre la realidad actual

Se propuso definir la imagen de un servicio perfecto con su respectiva organización, centrándose en torno a cuatro ciclos de atención seleccionados por los participantes: la Radiología en Pediatría, la alta resolución o vía rápida (accidente cerebro-vascular, insuficiencia cardíaca, isquemia intestinal), la imagen en Oncología y la Radiología de Urgencias. Los organizadores insistieron en que debían ponerse en el lugar del paciente y consensuar la situación actual.

El análisis de la opción deseada frente al estado actual para cada ciclo de

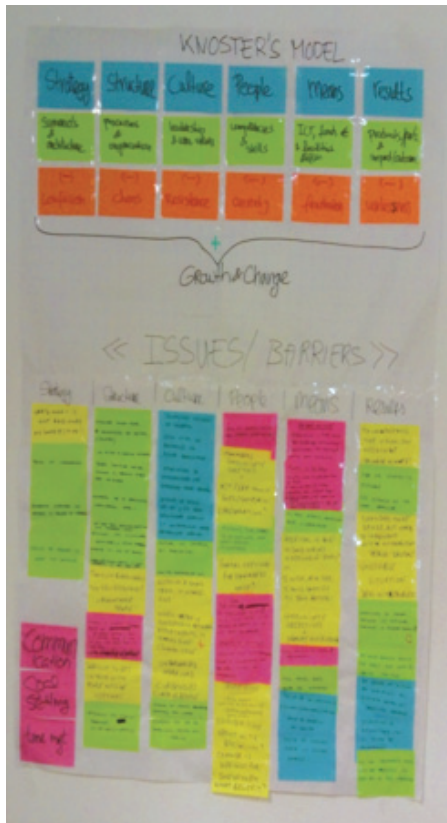


Figura 1. Una imagen sobre la visualización del modelo Knoster diseñado y utilizado durante el taller

atención permite comparar el rendimiento real con el rendimiento potencial. Cotejar los deseos con la realidad permitió identificar aspectos comunes a los cuatro ciclos seleccionados. Se acordó que es fundamental disponer de una herramienta eficaz para gestionar el flujo de información, planificar los procedimientos y el flujo de los pacientes.

Fase 4. Desarrollo de los planes de acción

En las últimas sesiones se investigó y desarrolló un plan de comunicación para el área. También se identificaron

oportunidades de ganancia rápida en el proceso del flujo de pacientes y en la planificación de los exámenes.

En este sentido, se usó una combinación de los modelos de cambio de Knoster con las propuestas de Lewin⁵ y Kotter⁶, sobre un plan de acciones concretas con un enfoque por fases. Knoster muestra la relación entre el cambio y la posibilidad de mejorarlo distinguiendo seis requisitos organizativos para una aproximación satisfactoria al cambio (visión, consenso, habilidades, incentivos, medios y acciones). Lewin⁵ presenta la gestión del cambio vía un enfoque dividido en tres fases de tiempo. Cada fase requiere una atención hacia requisitos específicos del modelo Knoster. Lewin explica el cambio organizativo usando la analogía del cubo de hielo. Si queremos convertir un cubo de hielo en un cono, el cubo tiene que derretirse para que sea susceptible de cambiar (descongelar); el agua helada tiene que trasladarse a un molde donde pueda adaptarse a la forma de cono deseada (cambio); y, finalmente, debe solidificarse en su nueva forma (volver a congelar). Por su parte, Kotter⁶ presenta un enfoque de acciones en ocho pasos para liderar el cambio (crear urgencia, formar una coalición poderosa, crear una visión para el cambio, comunicar la visión, eliminar obstáculos, crear triunfos a corto plazo, construir sobre el cambio, y anclar los cambios en la cultura corporativa). Todos estos pasos se organizan en las tres fases de Lewin estructurando un plan de acción donde el modelo Knoster muestra qué elementos deben estar en su lugar, como requisitos previos para un proceso de cambio exitoso. El objetivo es encontrar una manera de llenar los vacíos en el análisis Knoster.

Las conclusiones se plasmaron en un plan de acción (Figura 2) y en una matriz de implementación, organizada

sobre la complejidad de cada acción y el impacto del objetivo conseguido. Con estas acciones definidas, el equipo fue capaz de poner en marcha diversas iniciativas clave para garantizar el éxito del Área de Imagen Médica para el futuro. Con el taller se consiguió:

- Reducir la distancia entre la visión de la gestión (percepción del estado deseado) y los empleados (percepción actual del estado).
- Identificar las opiniones y visiones de los diferentes grupos de interés.
- Involucrar al personal, ya que no hay compromiso sin participación.

- Aumentar el compromiso del personal.
- Aumentar la sensación de responsabilidad del individuo hacia el grupo.
- Mejorar la colaboración transversal a través de todo el Departamento de Imagen Médica mediante la colaboración funcional interdepartamental.
- Crear un plan de acción de mejora.

El taller fue una plataforma muy útil para compartir ideas colectivamente y construir un equipo sólido. Era una "llamada de despertador" para cada

Action plan summary

1. **Increase urgency**
 - Collect facts and sharpen arguments in support of change vision
2. **Build the guiding team**
 - Build a core team, MT+ or dedicated team for vision & strategy development
 - Start regular meeting focused on vision & strategy development
3. **Get the vision right**
 - Conduct vision & strategy workshop
 - Formulate and present in a compelling and visually attractive way
4. **Communicate for buy-in**

- Further develop communication plan and execute
 - Establish success factors and performance indicators tied to objectives, communicate to train people and clarify expectations
 - Walk the talk, take sufficient time to answer questions and handle objections

Phase 1 – Unfreeze (vision, consensus, skills)

Phase 2 – Change (skills, incentives, means)

5. **Empower action**
 - Investigate mid term opportunities, e. g., planning process, way-finding, communication plan
6. **Create short-term wins**
 - Assign core team members to quick win projects
 - Give priority to the execution of change project, provide training opportunities

7. **Build on change**
 - Communicate quick win results and celebrate success
 - Continue with new opportunities or refine implemented improvements
 - Share best practices to speed up change process
8. **Make change stick**
 - Recognize key members, celebrate success!
 - Establish a track record of success!
 - Involve everyone, and talk about progress every chance you get

Phase 3 – Freeze (incentives, means, actions)

Figura 2. El plan de acción del primer proyecto diseñado con la combinación de modelos Knoster+Lewin+Kotter (involucrar los elementos de los requisitos organizativos necesarias para el desarrollo del cambio según Knoster, con las etapas de preparación al cambio, transformación y consolidación de Lewin y con los pasos necesarios para una aproximación satisfactoria al cambio identificados por Kotter)

participante dado que cualquier cambio y mejora en un entorno empieza con una iniciativa y un cambio en un individuo.

Aunque la presión del trabajo diario y las tareas en la asistencia clínica hospitalaria restan mucha capacidad de tiempo de dedicación para trabajar en estos objetivos, el grupo identificó muchas buenas ideas y creó las bases para seguir trabajando en otros objetivos, como las mejoras en otros procesos asistenciales.

La implantación de una cultura de mejora continua

Uno de los elementos básicos del nuevo plan estratégico para el Área Clínica de Imagen Médica propone establecer una cultura de mejora continua. Esta implantación del éxito por el cambio se enmarca en iniciativas concretas a corto plazo, orientadas alrededor del paciente, con el objetivo de mejorar la satisfacción del personal y aumentar la eficacia, la productividad y la calidad del proceso asistencial. Esta iniciativa, dentro de los eventos Kaizen, utiliza entre otras metodologías la "Lean", "Six Sigma", y "5-S", persiguiendo una mejora explosiva con resultados significativos y garantías de sostenibilidad a largo plazo. Un evento Kaizen identifica soluciones y mejoras operacionales específicas, desarrolla al máximo el potencial profesional y tecnológico del hospital y establece criterios y métodos para incentivar, medir y controlar los logros conseguidos².

Nuestro segundo proyecto colaborativo llevó a cabo un Kaizen para desarrollar una vía clínica en el cáncer de próstata y mejorar la asistencia sanitaria, buscando sinergias multidisciplinares, enfocando la atención al paciente desde el diagnóstico hasta el segui-

miento del tratamiento. Se decidió esta vía dado que el papel de la Radiología en el diagnóstico precoz, la localización precisa, la gradación de la agresividad y la monitorización de la respuesta a la terapia (tanto quirúrgica como local y tras la radioterapia) no se había desarrollado en el hospital con los últimos conocimientos en estas áreas.

En este proyecto Kaizen trabajaron en grupo multidisciplinario un total de 16 personas, contando con cinco radiólogos, tres urólogos, dos radioterapeutas, un oncólogo, un médico nuclear, un enfermero, un administrativo, un ingeniero y un gestor de proyectos. El objetivo inicial era identificar acciones de mejora e implementar soluciones para mejorar una vía clínica concreta, estableciendo las bases de la innovación y la investigación con biomarcadores de imagen. Con estas acciones se pretendió conseguir una mejora en la calidad de la atención, el beneficio y satisfacción del paciente, aumentando la profesionalidad y excelencia de los facultativos, de forma que finalmente se optimicen también los recursos, humanos y materiales, más adecuados.

La metodología del taller

La metodología principal empleada en este caso ha sido el evento Kaizen, término que proviene del japonés y significa "cambio a mejor". El uso común de su traducción al castellano es "mejora continua" y su aplicación se conoce como MCCT (Mejora Continua hasta la Calidad Total). Se considera que Kaizen es una estrategia o metodología de calidad tanto para la empresa como para el trabajo, y tanto de forma individual como colectiva⁷.

En este taller Kaizen, los miembros del grupo y los facilitadores trabajaron durante cinco días para identificar, defi-

nir, implementar y monitorizar la solución más efectiva que permitiera mejorar los procesos e implementar los cambios definidos y propuestos sobre la vía clínica del cáncer de próstata. La metodología Kaizen requiere de una intensa colaboración y trabajo en equipo, siendo la clave del éxito la capacidad de involucrar a todas las personas (Figura 3).

La herramienta empleada fue "Lean"⁸. Se decidió seleccionarla dado que crea valor, disminuye y elimina todos aquellos pasos o elementos que no aporten valía. En la fase de preparación inicial hubo entrevistas individuales a todos los miembros del taller. En estas entrevistas todos los participantes mostraron, tras explicarles los objetivos, un verdadero entusiasmo, un esfuerzo de colaboración y una motivación para el trabajo conjunto. Reconocieron que el equipo multidisciplinar es la clave para alcanzar una calidad y excelencia a través de la mejora en la atención, la práctica centrada en el paciente y el aumento de la reputación del hospital.

En la primera sesión del grupo se definieron los objetivos y el alcance previsto del trabajo centrado en la vía clínica del

cáncer de próstata. Una vía clínica es la intervención compleja para la toma de decisiones y la organización de todos aquellos procesos de atención relacionados con un episodio, centrada en un grupo de pacientes y durante un periodo de tiempo bien definido.

El primer ejercicio realizado fue visualizar y plasmar el flujo actual de estos pacientes para que así pudieran identificarse los problemas principales y definir con ello los obstáculos que limitan dar un servicio de calidad y eficiencia reconocidas. Con un análisis de causa-efecto⁹ se identificaron las causas de los problemas y se analizó el árbol de decisión, visualizando con ello todos los parámetros que influyen en la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento en estos pacientes, ajustados a las diferentes categorías de riesgo vital existentes.

Tras estos análisis del estado actual del proceso se trabajó en definir cuál debía ser la situación deseada, contrastando el escenario actual con el contexto ideal. Con ello se identificaron unas claras oportunidades de mejora, diversos factores del "critical to quality" (CTQ)¹⁰, áreas de colaboración entre las disciplinas involucradas y algunos logros rápidos relacionados



Figura 3. Dos momentos del trabajo del Taller del Kaizen de Vía Clínica del Cáncer de Próstata. Ejemplo de uno de los planes de acciones del Taller del Kaizen de Vía Clínica del Cáncer del Próstata

con la información que se ofrece a los pacientes. Todas las oportunidades de mejora se agruparon en aspectos de calidad, del entorno del paciente y de la eficiencia global del proceso.

Conjuntamente, todos los miembros ayudaron a construir una matriz con las distintas oportunidades de mejora mencionadas en el grupo, siendo uno de los ejes el impacto del cambio-mejora (grande frente a pequeño) y el otro la dificultad para implementarlo (fácil frente a complicado). Tras un voto individual, se eligieron tres proyectos para desarrollar:

- Mejorar la información al paciente, tanto antes de la biopsia como tras un diagnóstico positivo, mediante folletos explicativos para entregarles. Con una información estructurada y precisa se hace participativo al paciente en todo el proceso (Figura 4).

- Eliminar las duplicidades en los diversos pasos y acciones que el paciente tiene que realizar (analíticas, exploraciones, visitas). Con una organización mejor, todo el proceso puede simplificarse y trazarse en el seguimiento con varios puntos de control.
- Establecer un Comité de Tumor de Próstata mejor estructurado, donde se optimice el diagnóstico y tratamiento individualizados a cada situación de riesgo, se discuta cada caso en un entorno multidisciplinar y se optimice el uso de nuevas tecnologías (como los biomarcadores de imagen) para el diagnóstico y el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Se constituyeron tres grupos, con un plan de acción detallado para cada proyecto, identificando el objetivo principal y el cambio que se pretendía

Objetivo / Goal: (específico, medible, realista, accesible):
Mejorar la información al paciente a través de soporte escrito

Criterio para actuar en el Objetivo: (medir, Kpi's...)

Cada Objetivo requiere un Plan de acción Every Aim will require an Action Plan

Describe su cambio Describe your change	Responsable Responsible	Para cuando hacerlo Due date
Educar, informar, apoyar al paciente de entender la enfermedad y tomar la decisión sobre las opciones de tratamiento.		

PLANIFICAR:

Lista de las tareas, acciones Action list	Responsable Responsible	Para cuando hacerlo Due date
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombrar responsable de cada tarea 2. Búsqueda en Internet (páginas web no médica y no profesional) 3. Búsqueda de informaciones de otros hospitales o consejerías 4. Diseño de contenido 5. Diseño de formato 6. Preparar el borrador 7. Pasar el borrador al comité de tumor 8. Validar el borrador por el comité de tumor 9. Pasar el documento al comité de comunicación 10. Solicitar la validación del comité de documentación clínica 11. Presentarlo al grupo multidisciplinario (a todos) 12. Colgar el documento en el intranet del hospital 13. Imprimir y distribuir la información 14. Recoger las opiniones de los pacientes anualmente y evaluarlas 		

Figura 4. Plan de acción para mejorar la información al paciente con cáncer de próstata

conseguir. La clave del éxito de este ejercicio era identificar cada paso del proceso, la lista entera de las tareas para desarrollar el plan de acción, asignar los responsables y dar los tiempos adecuados. De esta manera, el equipo pudo trabajar individualmente durante los meses consecutivos del taller.

Finalmente, los grupos de trabajo presentaron de forma colectiva sus planes y la metodología para llevar a cabo las mejoras identificadas. En el cierre, los miembros del taller tenían la posibilidad de presentar cualquier iniciativa, cualquier idea relacionada con esta vía clínica, para aprovechar la fuerza y potencia de un equipo multidisciplinar. Iniciativas de este tipo fomentan la colaboración, y la colaboración fomenta la calidad en la atención y el servicio. Los resultados alcanzados representan ganancias para los profesionales, pero son igualmente ganancias muy significativas para los pacientes.

En conclusión, este evento centrado en una vía clínica tan multidisciplinar como el cáncer de próstata es un logro de suma importancia para el hospital. La creación de una estrategia de mejora y excelencia, la confianza entre profesionales de especialidades diferentes y el deseo de mejorar pese a las dificultades en la asistencia diaria han sido claves en este evento.

Futuro

La integración de los procesos clínicos y los sistemas de ayuda en el proceso de la toma de decisión son el objetivo final de las iniciativas de esta colaboración público-privada. Actualmente existe una desviación importante entre la planificación y la preparación, realización e integración de los distintos exámenes a los pacientes. Esto tiene un impacto en la eficiencia, consis-

tencia y calidad del examen, y frena la mejora en técnicas de estudios avanzados.

Con este proyecto nos centramos en la integración de la información para reducir el uso del papel y distintos Sistemas de IT. Proporcionando diferentes datos, informes y valores (laboratorio, patología) en la misma interfaz, visualizaremos toda la información disponible, y de manera automática se asignará el protocolo más adecuado reduciendo el tiempo necesario para conseguir la información relevante.

Identificaremos rápidamente el factor de riesgo del paciente. Dispondremos de la posibilidad de búsquedas rápidas en la historia de paciente. Obtendremos recomendaciones para los siguientes estudios en función del informe radiológico previo. De este modo se reducirá la desviación en la toma de decisiones.

Los resultados anticipados son la integración de la información, una reducción del tiempo de búsqueda de la información relevante y una reducción del factor de desviación en el proceso de toma de decisión. Como conclusión, destacar que no podemos centrarnos en la mejora de procesos, la normalización y el control integrado del paciente, si no contamos con un equipo dedicado y comprometido con la colaboración y la participación.

Bibliografía

1. Results from the European Commission public consultation about plans for a Public Private Partnership in life sciences research and innovation under Horizon 2020.
2. Kaizen [en línea]. Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Kaizen>

3. The Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en <http://www.ocai-online.com/>
4. Knoster T. from Enterprise Group, Ltd. (1991) Presentation in TASH Conference Washington, D.C. [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en http://www.gertjanschop.com/modellen/model_knoster.html
5. Lewin's Change Management Model. Understanding the Three Stages of Change [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_94.htm
6. Kotter's 8-Step Change Model. Implementing Change Powerfully and Successfully [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_82.htm
7. Europe Japan Centre, Kaizen Strategies for Improving Team Performance, Ed. Michael Colenso, London: Pearson Education Limited; 2000.
8. Lean manufacturing [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Lean_manufacturing
9. Ishikawa diagram [en línea] [consultado el 15/06/2013]. Disponible en http://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa_diagram
10. CTQ Tree [en línea]. Disponible en http://en.wikipedia.org/wiki/CTQ_tree