

PREMIO A LAS BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN INTERNA

Nombre de la Organización:

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Título de la buena práctica galardonada:

La segunda generación de la gestión por procesos: el Modelo MAPPA-Horizonte

Responsable:

José Carlos Garde Celigueta

Dirección:

C/ Irunlarrea, 39

31008 Pamplona

Teléfono: 848 42 89 02

Fax: 848 42 88 30

E-mail: jc.garde.celigueta@cfnavarra.es



MEMORIA-RESUMEN

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

El objetivo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) es la organización y gestión, en régimen descentralizado, de los servicios y prestaciones de atención primaria de salud y de asistencia especializada en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra (Ley Foral 10/1990). La población atendida ascendió en el año 2005 a 580.947 personas.

La asistencia se estructura en 3 áreas de salud. Las dotaciones arquitectónica más relevantes son: 4 hospitales de agudos, 1 hospital de traumatología y rehabilitación, 5 centros ambulatorios de asistencia especializada, 9 centros de salud mental, un hospital Psicogeriátrico, 9 centros y 7 subunidades de atención a la mujer, 54 centros de salud de atención primaria y 253 consultorios.



Un total de 8.228 profesionales trabajan en el SNS-O. Más de la mitad de los trabajadores (56%) disponen de un título universitario de grado medio o superior. La relación jurídica laboral del personal por orden de frecuencia es: funcionario (91% de los trabajadores), estatutario (8%) y laboral (1%).

En cuanto a la actividad referente al año 2005, 54.655 pacientes fueron ingresados consumiendo 378.998 estancias. Se realizaron 42.050 intervenciones quirúrgicas. Se atendieron un total de 855.762 consultas y 264.281 urgencias hospitalarias. En el ámbito de atención primaria, se atendieron 2.588.893 consultas de medicina general, 2.058.284 consultas de enfermería y 494.834 consultas pediátricas.

El Gasto real del SNS-O fue en el año 2005 de 684.092.372 euros. El 52,3% del mismo corresponde a gastos del personal, seguido de gastos de bienes corrientes y servicios (24%), transferencias corrientes (21,5%), inversiones reales (2%) y transferencias de capital (0,1%).

DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA DESARROLLADA

Esta mejor práctica está enfocada a desarrollar e implantar una estrategia de calidad orientada hacia los procesos nucleares de una organización sanitaria: los procesos clínicos de atención. Gestionar por procesos clínicos es entender y gestionar como un todo el proceso de la enfermedad, desde que el paciente tiene los primeros síntomas hasta el seguimiento de la efectividad del tratamiento. Se trata, por lo tanto, de pasar de gestionar consultas, quirófanos, ingresos, pruebas complementarias, etc., de forma fragmentada (figura 1) a gestionar personas con necesidades asistenciales derivadas de su enfermedad (figura 2).

Una arquitectura de procesos orientada hacia los procesos clínicos favorece la comunicación entre los tres principales grupos de interés (pacientes, clínicos y gestores-administración).

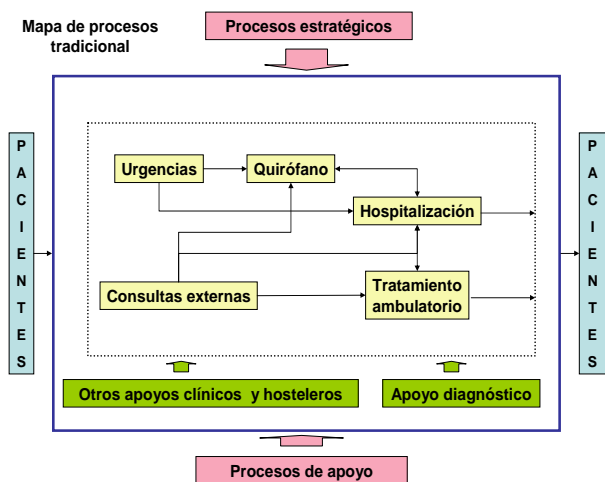


Figura 1 Mapa de procesos tradicional

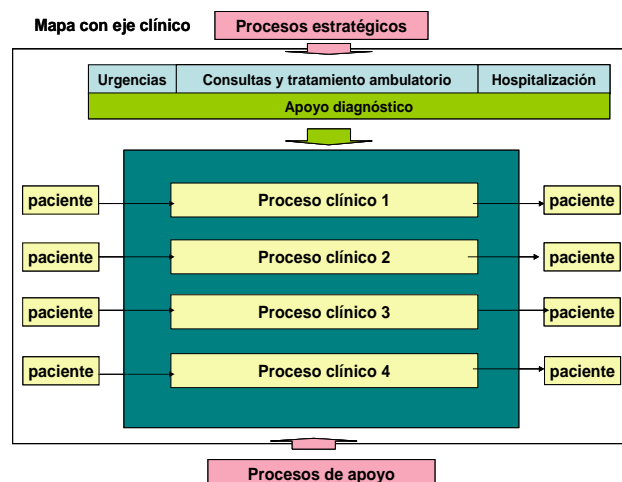


Figura 2. Mapa de procesos eje clínico

El modelo se centra en tres pilares: los aspectos científicos y técnicos de la asistencia, las necesidades de los pacientes, y el desarrollo de sistemas de información y evaluación centrados en el proceso asistencial (las enfermedades) para garantizar una práctica clínica apropiada y una mejora en los resultados de salud.

La definición del modelo se desarrolla en dos etapas. En primer lugar se define qué procesos clínicos son prioritarios y, por tanto, en qué procesos clínicos se van a invertir los principales esfuerzos de mejora en los próximos años. A la hora de la priorización de los procesos clínicos se tienen en cuenta una serie de premisas. Es deseable que, en su conjunto, los procesos clínicos seleccionados aborden la mayor parte de los aparatos, órganos y sistemas. No es el objetivo del SNS-O alcanzar la excelencia en un único órgano o sistema específico (por ejemplo el aparato digestivo o sistema cardiovascular), sino girar hacia una política de mejora en los procesos clínicos principales. Para seleccionar los procesos clínicos, se tienen en cuenta los criterios de priorización de trascendencia, áreas de mejora y factibilidad.

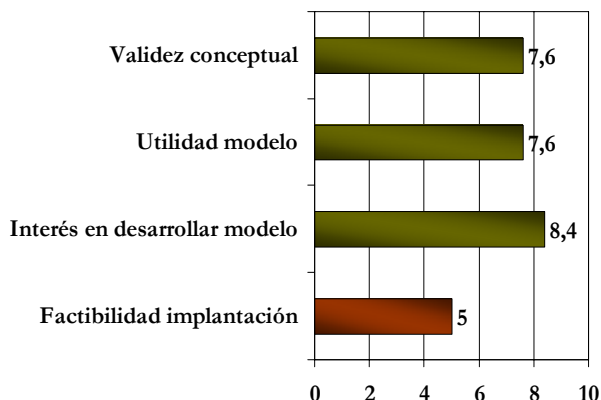
En una segunda fase se determinan, de forma específica para cada uno de los procesos clínicos priorizados, los atributos de calidad más relevantes para mejorar los resultados en salud. Este análisis se hace necesario, ya que es diferente la importancia relativa que los distintos grupos de interés (ciudadanos, profesionales y administración) conceden a los atributos de calidad. Los ciudadanos son muy sensibles a los elementos de calidad percibida (empatía, trato, información, etc.), a los tiempos de espera y a la utilización adecuada de los recursos que se destinan a través de sus impuestos. Los profesionales se suelen centrar más en criterios de calidad científico - técnica, y la administración prioriza la eficiencia global del sistema y se centra en valores como la equidad.

Con el fin de facilitar el abordaje de los componentes de calidad, el modelo MAPPA-Horizonte considera una serie de factores y atributos como los que más frecuentemente han de ser

considerados para garantizar una concepción total de la calidad (prevención, accesibilidad temporal, orientación al paciente, casuística, normalización, indicadores de trazadores de atención, indicadores de efectividad y utilidad, de seguridad y de eficiencia).

Antes de su implantación y para poder valorar si los profesionales consideraban al Modelo MAPPA-Horizonte una estrategia adecuada se pasó un cuestionario a un conjunto de profesionales. Los resultados vienen en el gráfico siguiente.

En cuanto al modelo MAPPA, los profesionales le otorgaron las utilidades que se reflejan en la siguiente tabla. La escala de valoración fue del 0 (peor puntuación posible al 10)



| Utilidades del Modelo MAPPA | Media |
|--|-------|
| Conocer puntos fuertes y áreas de mejora | 8,4 |
| Priorizar guías y vías de práctica clínica | 8 |
| Mejorar la calidad que se proporciona a los pacientes | 8 |
| Mejorar la evaluación de la calidad del propio servicio | 7,8 |
| Conocer la casuística y el mapa de procesos | 7,8 |
| Servir de Instrumento de gestión del servicio | 7,7 |
| Justificar el incremento de recursos | 7,4 |
| Facilitar la organización interna del servicio | 7,3 |
| Controlar mejor la actividad y calidad de los servicios clínicos por parte de los gestores | 7,1 |
| Mejorar la coordinación y continuidad de cuidados | 6,7 |

El Modelo está publicado (500 ejemplares) y difundido por toda la organización. Para favorecer la difusión del mismo, está disponible también en formato electrónico en internet en la página web del Servicio Navarro de Salud. La presentación de la "Conceptualización del Modelo" fue galardonada como premio a la mejor comunicación en el Congreso de Calidad Asistencial en el año 2004 en Canarias. El Modelo fue presentado oficialmente a los profesionales del Servicio Navarro a finales del año 2004. A La presentación asistieron más de 200 personas.

DESPLIEGUE E IMPLANTACIÓN



Primera fase: priorización de procesos clínicos

El proceso de selección se inició con 108 procesos clínicos. Estos procesos clínicos se eligieron seleccionando el 80% de la casuística de cada una de las especialidades clínicas. Los procesos clínicos que constan como prioridades de salud según lo establecido en el Plan de Salud se mantuvieron como procesos candidatos para conseguir un alineamiento con

estrategias marco. La selección definitiva de los procesos clínicos hasta reducirlos a un número factible, para poder diseñar e implantar acciones de mejora, se realizó con la implicación en la toma de decisiones del equipo directivo. Para la fase MAPPA-1 se priorizaron once procesos clínicos: cáncer de mama, síndrome coronario agudo, enfermedad cerebrovascular, cáncer de colon, recto y ano, esquizofrenia, espondilosis y trastorno de disco intervertebral, parto, cáncer bronquio/pulmón, hiperplasia de próstata, cataratas y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Segunda fase: constitución de los Grupos de Mejora MAPPA y constitución del Comité Rector MAPPA.

Cada grupo de mejora, uno por proceso clínico, se constituyó de manera formal a través de una Resolución del Gerente del Servicio Navarro de Salud. La resolución estableció los componentes de los grupos de mejora, los objetivos y el cronograma. Para que el liderazgo sea compartido por todos los centros de la organización cada centro asistencial se encarga de liderar un proceso clínico, aunque en el grupo de trabajo hay profesionales de todos los centros (uno ó dos profesionales por centro) que tratan esa patología.

Además de la constitución de once grupos de trabajo, se constituyeron, a solicitud de los propios grupos de mejora, grupos satélites para trabajar un aspecto específico del proceso en el que se requería la participación de otros profesionales. Un total de 127 profesionales han trabajado en los diferentes grupos. Antes de que los grupos iniciasen su de trabajo, se proporcionaron 16 horas de formación a los pares móviles. La formación fue muy bien valorada en las encuestas de evaluación de la actividad formativa.

Se constituyó formalmente un Comité Rector MAPPA-Horizonte formado por 20 directivos para velar por el desarrollo del trabajo de estos equipos y por la implantación de las mejoras sugeridas.

RESULTADOS CONSEGUIDOS

Los resultados de los grupos de mejora se pueden agrupar en dos tipos: resultados intangibles y resultados tangibles.

Como resultados intangibles se puede citar la creación de nuevos espacios de comunicación entre profesionales de distintos centros hospitalarios para tratar aspectos técnicos y de coordinación de pacientes. Algunos profesionales consideraban a los profesionales de otros centros como “rivales” y no como “colaboradores”. Esta barrera ha sido superada en numerosos grupos estableciéndose colaboraciones que van a repercutir claramente en una mejor coordinación y atención al paciente. Algunos grupos manifiestan su deseo de continuidad como comités permanentes de mejora debido a la trascendencia de los temas tratados y a la rápida evolución de los aspectos diagnósticos y terapéuticos (grupos de mejora de cáncer).

Por otra parte, se han producido numerosos resultados tangibles. En total, se han identificado más de 100 líneas de mejora. Cada grupo de mejora ha emitido un informe especificando de forma detallada los puntos críticos detectados, las líneas de trabajo propuestas para mejorar la calidad de ese proceso, los recursos humanos y organizativos que se requieren, los indicadores para evaluar la calidad del proceso, el cronograma previsto para implantar las actuaciones y el sistema de evaluación y seguimiento que consideran necesario para velar por la puesta en marcha de las acciones recomendadas.

Los grupos han elaborado protocolos de múltiples aspectos del proceso de atención de la patología seleccionada, han diseñado circuitos de atención, etc. facilitando enormemente la normalización del proceso asistencial.

Debido a la relevancia para la Organización de las solicitudes de recursos que podían realizar los grupos de trabajo, se diseñó un proceso específico para la toma de decisiones. El proceso se sigue para toda solicitud que requiera aprobación del Comité Rector, bien porque se necesite oficializar protocolos, contratar personal, adquirir equipos tecnológicos o suponga una modificación de los sistemas de información.

Un total de 72 necesidades han sido explicitadas por el conjunto de grupos de mejora. Cada grupo ha solicitado entre 5 y 15 aspectos. Las necesidades más frecuentes son la

oficialización de protocolos, la informatización de registros, la constitución de grupos o comités permanentes, edición de guías informativas dirigidas a pacientes, cursos de formación, equipamiento médico, y recursos humanos, especialmente mayor tiempo asignado a consulta.

Las acciones propuestas están en grado de desarrollo diferente, en función de su importancia y factibilidad. Hay determinadas líneas de trabajo totalmente desarrolladas (ejemplo, se han desarrollado numerosas actividades formativas, se han desarrollado e implantado circuitos y protocolos, se han desarrollado y medido numerosos indicadores, se ha diseñado material para información a pacientes y familiares, se han contratado a especialistas, se ha comprado equipamiento tecnológico, etc.) y otras están en vías de desarrollo (ejemplo: la implantación de una nueva prestación sanitaria, como la rehabilitación respiratoria; la constitución de nuevos grupos de mejora, etc.).

El proyecto por su magnitud e importancia ha requerido y seguirá requiriendo un importante esfuerzo a múltiples actores. Por parte de los líderes de la organización se necesita constancia de objetivos y elementos de facilitación para conseguir el éxito de los grupos de mejora. Por parte de los profesionales, compaginar su actividad asistencial, con la detección de áreas de mejora, definición e implantación de acciones y evaluación de los indicadores propuestos. Por parte de los expertos en gestión de calidad de los distintos centros se requiere la inmersión en una nueva actividad que les consume tiempo.

El proyecto se ha presentado en distintos foros, recibiendo diversos reconocimientos: En el año 2004 se presentó al Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y fue galardonado con el premio a la mejor comunicación. Fue presentado como ponencia en el XIV Congreso Nacional de Gestión Hospitalaria (2005). La experiencia fue presentada en el foro de benchmarking sanitario (2005), en el foro de directores de centros del Servicio Andaluz de Salud por considerarla como una iniciativa novedosa en gestión sanitaria (2004), en el programa de Gestión de la Calidad (2004 y 2006) de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS) y como ponencia en la primera reunión científica de la Sociedad Norte de Medicina Preventiva y Salud Pública (marzo de 2006).

El proyecto ha sido objeto de publicaciones de diversas publicaciones, de las que destacamos las siguientes fuentes: Anales del Sistema Sanitario Navarro, Revista de Calidad Asistencial y un volumen monográfico con la exposición del modelo (91 páginas).