

# Instituto de gestión clínica para las enfermedades nefrourológicas: utilidad de un programa de calidad asistencial

M. Santiñá<sup>1</sup>, P. Arrizabalaga<sup>2</sup>, A. Prat<sup>1</sup>, A. Alcaraz<sup>2</sup>, J.M. Campistol<sup>2</sup>, A. Trilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dirección de Calidad y Seguridad Clínica. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Instituto Clínico de Nefro-Urología. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Nefrología 2009;29(2):118-122.

## RESUMEN

En el año 1999 se constituye en el Hospital Clínic de Barcelona el Instituto de Nefro-Urología (ICNU), agrupación organizativa de los Servicios de Nefrología, Urología y Trasplante Renal. Al mismo tiempo, y con la finalidad de garantizar la política de calidad institucional en este proceso de cambio, se diseñó un programa de calidad específico, en el que se definían objetivos de mejora a conseguir en un año natural y se monitorizaban unas series de indicadores, tanto técnicos como percibidos para evaluar periódicamente su evolución. Los resultados de estos últimos cinco años indican que se ha observado una mejora en la mayoría de indicadores (exceptuando los relativos a las infecciones quirúrgicas y el tiempo de respuesta a las reclamaciones), contribuyendo a la consolidación y al reconocimiento de este proyecto innovador en la gestión asistencial de las enfermedades del sistema urinario que posiciona al enfermo en el epicentro de la organización, y reconoce a los profesionales sanitarios como verdaderos gestores del modelo.

**Palabras clave:** Gestión clínica. Plan de calidad. Nefrología. Urología.

## INTRODUCCIÓN

En 1998, el Hospital Clínic Universitari de Barcelona inició un proceso de reorganización interna global y progresiva, adoptando un modelo descentralizado de gestión clínica estructurado en base a la agrupación de pacientes según patologías.

## ABSTRACT

*The Clinic Institute of Nefro-Urology (ICNU) was formed in Clinic Hospital of Barcelona in 1999. It grouped together services of Nephrology, Urology and Renal Transplant. At the same time, in order to ensure Quality in this process of change, we designed a specific quality program. In this program, we defined objectives to improve the quality of these services in one year and we defined different quality indicators in order to maintain and monitor health quality. The indicators referred to technical quality and perceived quality and we periodically evaluated their evolution. The results of the last five years indicate that the majority of the indicators have improved, except those concerning infections surgery and the response to complaints. This has helped the consolidate and recognition of the work of this innovatory project in the health management of the nephrologic and urinary systems that locate the patient in the center of the organization and recognize the health professionals as the true managers of this model.*

**Key words:** Clinical management. Quality Plan. Nephrology. Urology.

En julio de 1999, la Junta Facultativa del centro aprueba la propuesta organizativa del Instituto Clínico de Nefro-Urología (ICNU) que agrupa los Servicios de Nefrología, Urología y Trasplante Renal.

De esta manera, iniciaba su singladura como Instituto de gestión clínica el ICNU, dirigido por un director asistencial designado por el gerente del centro a propuesta de la Comisión de Dirección del Instituto (tabla 1). Este director cuenta, como apoyo para la gestión, con un jefe de enfermería y un jefe económico-administrativo (figura 1). El Instituto tiene plena autonomía de gestión, administrando

**Correspondencia:** Manuel Santiñá Vila  
Dirección de Calidad y Seguridad Clínica.  
Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona.  
msantina@clinic.ub.es

**Tabla 1.** Composición de la Comisión de Dirección

Director del Instituto
Jefe de Gestión de Enfermería del Instituto
Jefe de Gestión Económico-Administrativo del Instituto
Jefe del Servicio de Nefrología
Jefe del Servicio de Urología
Jefe de Sección de Trasplante Renal (Nefrología)
Jefe de Sección de Diálisis
Jefe de Sección de Nefrología Clínica
Jefe de Sección de Urología Reconstructiva y Funcional
Miembro electo entre los facultativos del Instituto
Miembro electo entre el personal de Enfermería del Instituto

un presupuesto económico en base a unos objetivos que le permite, por ejemplo, desarrollar e implantar técnicas innovadoras y captar nuevos clientes.

Uno de los objetivos estratégicos del ICNU fue la adquisición y desarrollo de una cultura basada en la mejora continua de sus procesos asistenciales, con la finalidad de contribuir a un mejor conocimiento de la metodología evaluativa de la calidad en el ámbito asistencial de las enfermedades del aparato urinario.

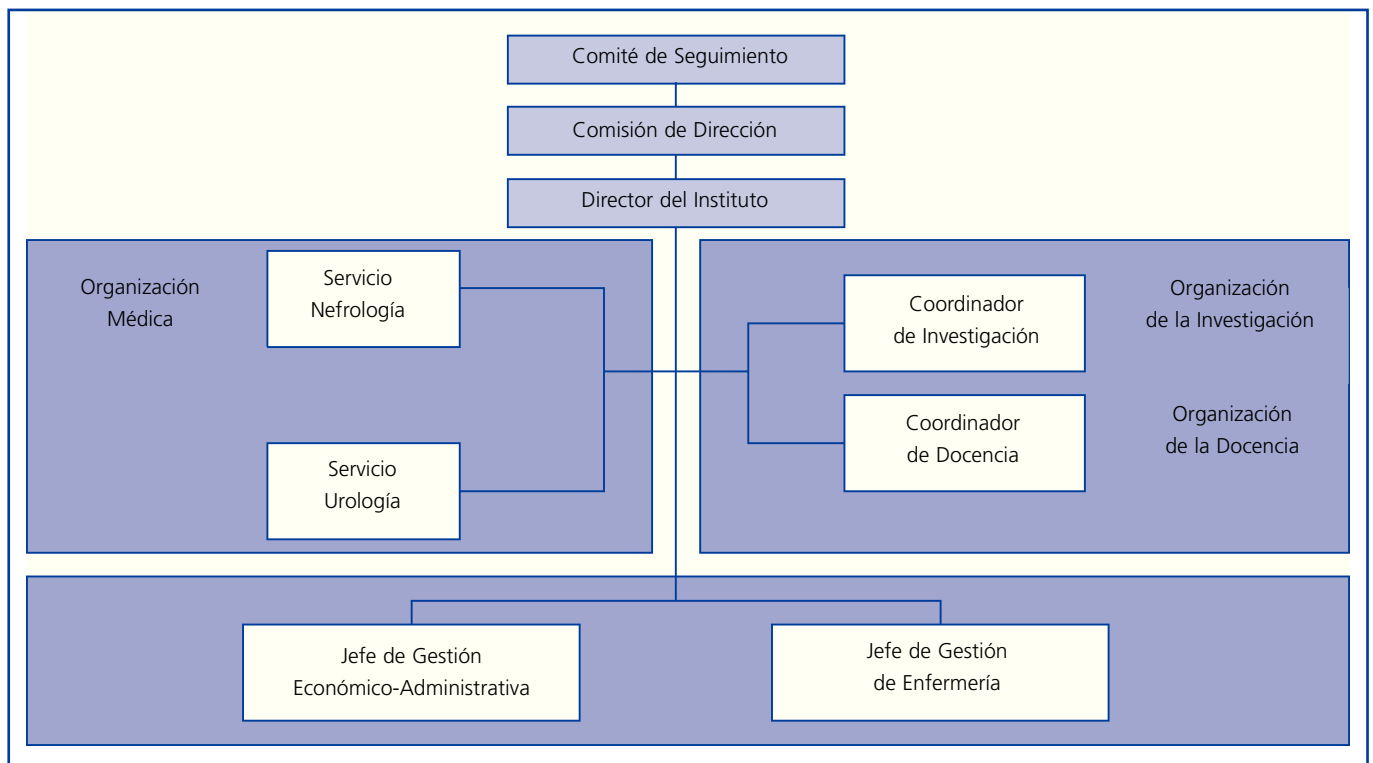
El objetivo fundamental de este estudio es presentar la dinámica de trabajo establecida y describir la evolución de los resultados obtenidos con esta innovadora experiencia de gestión asistencial.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

El diseño de este trabajo se corresponde con un estudio epidemiológico descriptivo de serie temporal, realizado en el ámbito de las enfermedades del aparato urinario del Hospital Clínic Universitari de Barcelona.

Mediante la constitución de un grupo de trabajo específico e interdisciplinario (*task-force*), en el que estaban representados diferentes estamentos profesionales, tanto del ICNU como del Programa Institucional de Calidad del centro, se seleccionaron los indicadores de calidad técnica y percibida de interés, y se consensuaron aquellos objetivos de calidad considerados prioritarios para la política estratégica del Instituto de Nefro-Urología. Estos objetivos son objeto de evaluación y reconsideración anual.

Se consensuó identificar al menos un objetivo de calidad para cada uno de los Servicios que conformaban el Instituto, que el reconocimiento de los mismos había de responder a un pacto entre el Instituto y la Dirección del Hospital, y que debían de facilitar la difusión de los principios metodológicos de la



**Figura 1.** Estructura Organizativa ICNU.

mejora continua entre los profesionales del Instituto, consolidándose aquellas dimensiones en las que se objetivase una oportunidad potencial de mejora.

Los indicadores que tenían que servir para monitorizar las dimensiones básicas de la Calidad<sup>1</sup> inicialmente fueron los que estaban definidos en el Plan de Calidad del Hospital (tablas 2 y 3), acordándose que se irían ampliando a medida que se fueran considerando o sugiriendo nuevos en función de la dinámica generada en el proceso.

El pacto de objetivos se recoge en el dossier de calidad,<sup>2</sup> documento que agrupa toda la información relativa a la evaluación de la calidad del Instituto. El dossier de calidad es un instrumento de comunicación entre el Instituto y la Dirección, mediante el cual se realiza el seguimiento de cómo van evolucionando los objetivos y los indicadores a lo largo del año.

## RESULTADOS

Durante el tiempo considerado, la actividad asistencial del Instituto se incrementó en todas sus áreas. Así, se pasó de los 2.386 ingresos del año 2003 a 2.724 en 2007. La estancia media evolucionó de 6,82 a 6,5 días. El número total de visitas ambulatorias realizadas se incrementó de 21.362 a 25.909 (las primeras visitas evolucionaron de las 2.431 del año 2003 a las 3.102 de 2007). Asimismo, se objetivó un incremento de la complejidad de la patología atendida, medida mediante el Peso Relativo Medio (PRM) de todos los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) del Instituto. En el año 2003 este PRM fue de 1,32, mientras que en el año 2007 fue de 2,18.

En la tabla 2 se presenta la evolución de los siete indicadores de calidad técnica monitorizados durante el período 2003-2007 que se consideran variables de gestión medico-quirúrgica.

La tabla 3 muestra la evolución de los cinco indicadores de calidad percibida para el mismo período que abarcan diferentes ámbitos de la actuación del ICNU.

Igualmente, los objetivos de mejora de la calidad tanto técnica como percibida, fijados por el Instituto se han ido incrementando con el tiempo, pasando de nueve objetivos iniciales en 2003 a los 16 consensuados para el año 2007.

## DISCUSIÓN

Cualquier cambio organizativo comporta la necesidad de adaptación de los profesionales a una nueva realidad. Asegurar que la calidad no se vea influida negativamente en este período y en las etapas posteriores se reconoce como uno de los instrumentos básicos para la consolidación de cualquier cambio organizativo.<sup>2,3</sup>

La redefinición del modelo asistencial con el objetivo de la mejor atención del paciente y aumentar la eficiencia global de la organización se canalizó mediante el diseño e implantación de una serie de Guías de Práctica Clínica, en cuya elaboración y redacción participaron mayoritariamente los profesionales implicados directamente en la asistencia a las enfermedades objeto de protocolización.<sup>4</sup>

Los resultados obtenidos avalan la idoneidad de los cambios realizados, ya que se han consolidado unos estándares aceptables y han generado una dinámica positiva de trabajo y cultura de mejora continua.

El necesario equilibrio entre la estancia media, los ingresos de menos de 31 días y la complejidad de los enfermos atendidos, así como su interrelación con otros indicadores, son orientativos del cumplimiento de la función social inherente a todo Instituto de Gestión Clínica<sup>5</sup> que también debe tenerse en cuenta en este contexto. Así, el incremento de las infecciones quirúrgicas evidenciado en 2007 se puede entender por el incremento en paralelo de la complejidad y por el aumento de intervenciones diagnóstico-terapéuticas complejas en grupos de edad cada vez más avanzados.

**Tabla 2.** Evolución de los indicadores de calidad técnica

INDICADOR	2003	2004	2005	2006	2007
% de reingresos <31 días	9,62	9,66	<b>6,10</b>	5,43	5,57
EM Preoperatorio en cirugía programada	0,86	0,79	0,67	0,72	<b>0,74</b>
% de intervenciones aplazadas	1,63	1,92	<b>1,30</b>	0,60	0,31
% de infecciones quirúrgicas	1,76	2,60	2,62	2,17	<b>2,55</b>
% de mortalidad	2,78	3,04	<b>2,72</b>	2,22	1,88
% de caídas en pacientes hospitalizados	11,50	<b>8,00</b>	11,30	6,30	2,40
% de úlceras por presión	2,70	5,40	<b>3,90</b>	6,40	2,10

EM: Estancia Media.

En negrita: media epidemiológica.

**Tabla 3.** Evolución de los indicadores de calidad percibida

INDICADOR	2003	2004	2005	2006	2007
% de altas voluntarias	<b>1,25</b>	2,07	1,55	0,38	0,73
% de reclamaciones	3,37	<b>2,05</b>	2,10	1,36	1,08
Mediana de tiempo de respuesta a las reclamaciones	11,50	18,00	14,00	<b>15,00</b>	17,00
Valoración del usuario hospitalizado	8,44	8,48	8,78	8,72	<b>8,53</b>
Valoración del usuario de CCEE	7,92	<b>8,39</b>	8,41	8,56	8,00

CCEE: Consultas Externas.

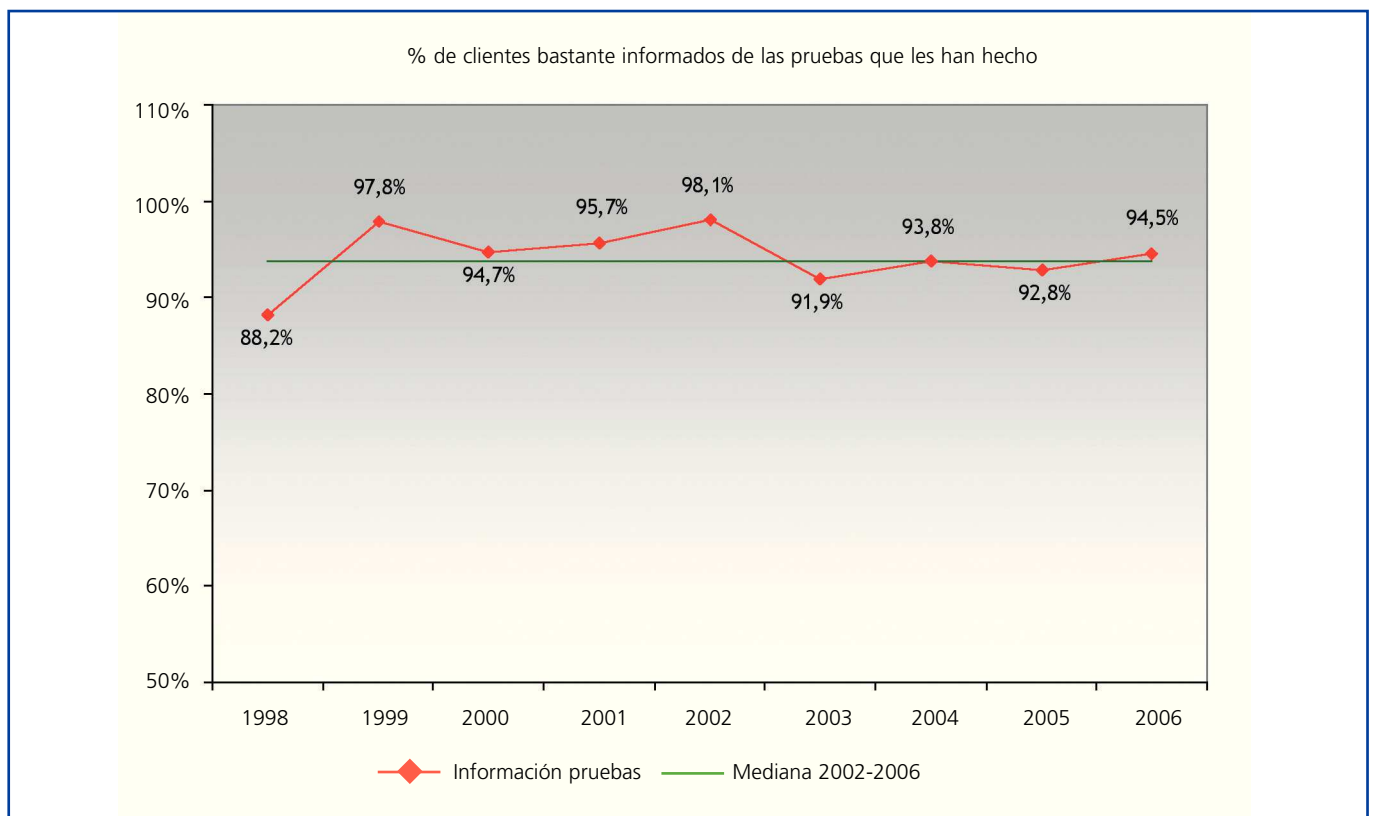
En negrita: media epidemiológica.

Otra de las características del programa es monitorizar parámetros de seguridad del paciente que registren periódicamente situaciones de riesgo a las que pueda estar expuesto el enfermo (infecciones quirúrgicas, úlceras por presión, caídas),<sup>6,7</sup> participando y colaborando activamente el Instituto en estas actividades de naturaleza más transversal y de interés institucional hospitalario.

El protagonismo del enfermo, auténtico epicentro del modelo, y su cada vez más evidente nivel de participación activa en los temas de salud, refuerzan la importancia de conocer su punto de vista sobre la atención recibida. Por ello, anualmente se realiza una encuesta de opinión dirigida a los enfermos hospitalizados<sup>8,9</sup> y otra dirigida a los enfermos am-

bulatorios. La evolución de las opiniones recogidas también orientan en los aspectos a mejorar y en aquellos en que la organización del Instituto está actuando en la dirección adecuada (figuras 2 y 3). Asimismo, el análisis de las reclamaciones presentadas y su ponderación en forma de tasa por actividad asistencial realizada (ingresos más visitas ambulatorias) permite identificar problemas y proponer iniciativas de mejora.<sup>10,11</sup>

Dada la dificultad de tener estándares de referencia con los que comparar nuestros resultados,<sup>12</sup> se analiza la evolución de los indicadores del Instituto de un año en relación con el anterior y se observa su tendencia evolutiva a lo largo de los últimos cinco años. También se considera

**Figura 2.** Indicador encuesta de opinión de hospitalización.

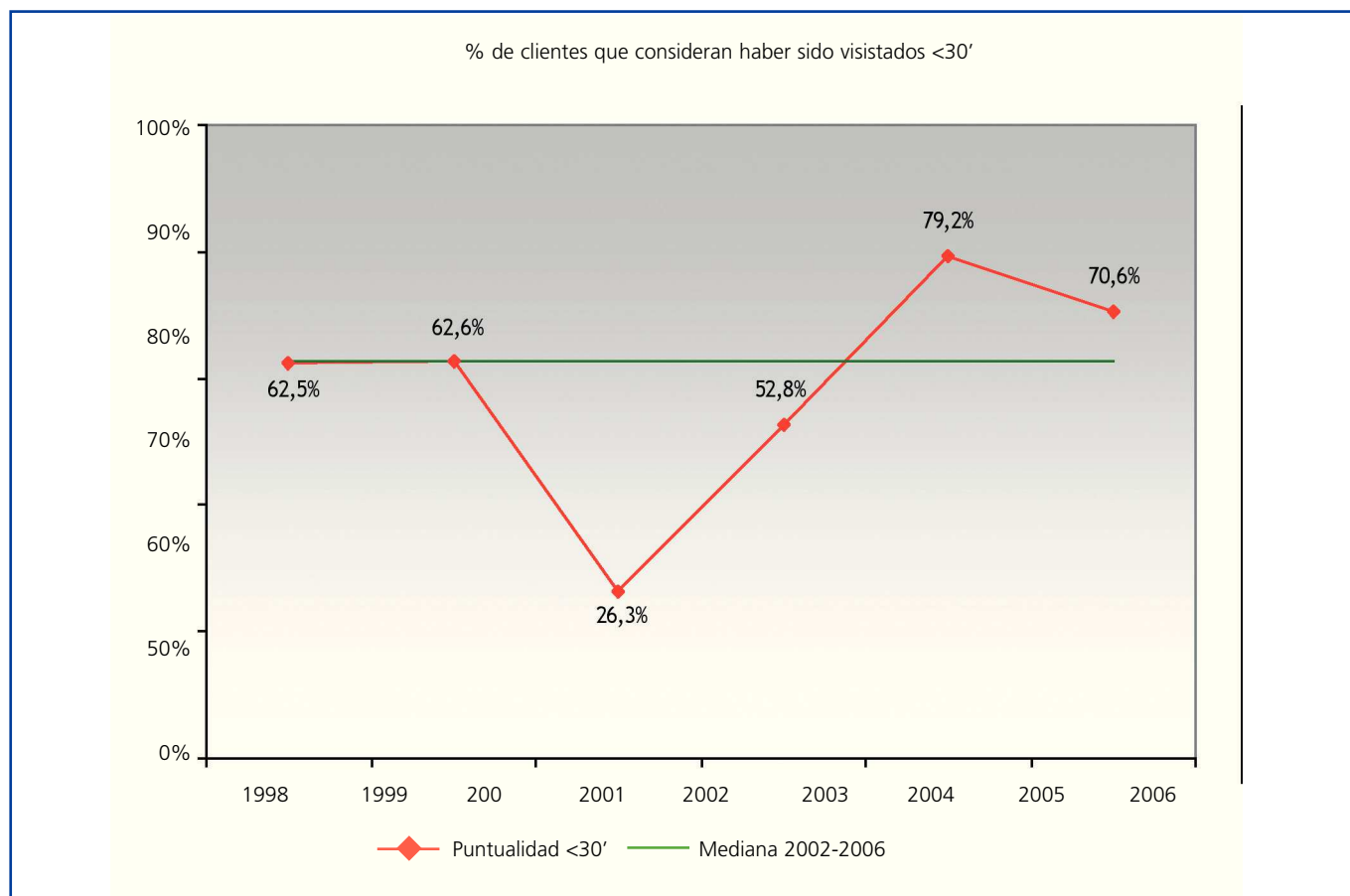


Figura 3. Indicador encuesta de opinión de CCEE.

un estándar interno referencial (mediana epidemiológica, obtenida a partir de la casuística presentada en los últimos cinco años) (valores en negrita de las tablas 2 y 3). Este valor propio de referencia sirve como señal de alerta, en el caso de que el dato del año en curso supere este valor de referencia habitual, e incluso señale una tendencia evolutiva desfavorable o negativa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Glosario Terminológico en uso de los Indicadores de Calidad. Hospital Clínic. Barcelona. 2003. Publicación interna.
- Prat A, Santiñá M, González M, Martínez G, Vázquez MJ, Asenjo MA. Diseño de un plan de calidad adaptado al modelo organizativo: experiencia del Hospital Clínic Universitario de Barcelona. *Todo Hospital* 2006;224:120-3.
- Sainz A, Martínez JR, García F, Alonso M, Núñez A, Asensio A, et al. Elaboración de un cuadro de mando para la gestión clínica en un hospital. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:5-10.
- Campistol JM, Darnell A. Protocolos del Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, 2008. ISBN-13:978-84-691-1363-9.
- Prat A, Santiñá M, González M, Lledó R, Trilla A, Asenjo MA. Calidad Asistencial y Atención al usuario. En Asenjo MA (editor). *Gestión diaria del hospital*. 3.ª edición. Ed. Masson SA. Barcelona 2006;303-17.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidente and Types of Adverse Events and Negligent Care in UTA and Colorado. *Med Care* 2000;38(3):261-71.
- Aranaz JM, Gea MT, Marín G. Acontecimientos adversos en un servicio de cirugía general y de aparato digestivo de un hospital universitario. *Rev Cir Esp* 2003;73(2):104-9.
- Santiñá M, Prat A, González M, Trilla A, Asenjo MA. Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(4):218-23.
- Santiñá M, Prat A, Martínez G, Quinto L, Trilla A, Asenjo MA. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):238-42.
- González M, Prat A, Matiz C, Carreño J, Adell C, Asenjo MA. La gestión de las reclamaciones en el Plan de Calida Hospitalario. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:700-4.
- Junoy A, Adell C, Prat A, González M, Rodríguez T, Robles D, et al. Importancia de las altas voluntarias en los programas de calidad hospitalarios. *Todo Hospital* 1999;161:751-3.
- Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21(3):143-9.