

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

Mejora en la
gestión de
procesos

12

Evaluación de la
gestión responsable
de la cadena de
suministro en una
institución sanitaria

21

Elaboración de un
Plan de mejora de
Calidad y Seguridad
Alimentaria en la
sanidad chilena

27

Reingeniería de
la programación
ambulatoria

34

Perspectivas
sobre el asma
grave

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@fphag.org

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

Una de las preocupaciones explícitas común a todas las organizaciones sanitarias es la calidad de la atención prestada. Esa calidad, entendida como el mejor resultado posible, aborda los aspectos de la aplicación competente del mejor conocimiento científico, la acogida y el hospedaje así como también el cuidado en el trato dispensado a las personas atendidas de los aspectos emocionales y de su dignidad.

La calidad, a fin de cuentas, es el valor resultante de la gestión de nuestros conocimientos y competencias, de la gestión de los medios puestos a nuestra disposición y de la dimensión ética de lo que hacemos.

Los artículos contenidos en este número recogen experiencias en la gestión de procesos que integran las actividades, de diferente índole, que van a permitir alcanzar esos logros de calidad. No se nos puede escapar la relevancia del adecuado manejo

de los suministros y el de la calidad y seguridad alimentaria como claros contribuyentes para alcanzar esos logros.

En otra dimensión, la gestión adecuada de los programas en Cataluña de apoyo desde los centros de Atención a la Salud Mental a Centros Residenciales de Acción Educativa y de Educación Intensiva de la Dirección General de Infancia y Adolescencia, va a redundar en la calidad de los resultados perseguidos.

También podemos ver, desde una amplia mirada al abordaje del asma grave, cuáles son los aspectos cualitativos para abordar más allá de los convencionales con relación a su prevención y tratamiento.

La calidad es, y no debe dejar de serlo, el valor mayor de los resultados en la atención a las personas en ese modelo que no cesamos de etiquetar como afectivo a la vez que efectivo.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí
llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan María Ferrer Tarrés
jm.ferrer@fsm.cat

Xavier Mate García
xavier.mate@quironsalud.es

Joan Bosch Sabater
jboschs@uic.es

Candela Calle Rodríguez
ccalle@iconcologia.net

Isabel Amo Mora
iamo@uic.es

Mejora en la gestión de procesos del Programa de colaboración con la DGAIA del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell



Lorena Delgado Magro

Psicólogo Clínico en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell - Hermanas Hospitalarias
mdelgadom.hsagratcor@hospitalarias.es



Carles Franquelo

Director Médico en el Hospital Sagrat Cor - Hermanas Hospitalarias



Rosa Almiñana

Coordinadora del Área Infantojuvenil en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell - Hermanas Hospitalarias



Emilio Rojo Rodes

Director Médico en el Complejo Asistencial Benito Menni - Hermanas Hospitalarias
erojorodes@gmail.com

ABSTRACT

This work is intended to solve the question of how to improve processes in the program management. The antecedents of child and adolescent mental health and residential care (RC) are analyzed, as well as the current situation in Catalonia in the context of political changes that affect both the care organization, the reference population, and the increase in the complexity of the cases attended. As part of the methodology, data analysis of the care offered by our service, a prospective functional plan, satisfaction surveys and SWOT analysis where opportunities for improvement are detected to position ourselves as leaders in the sector. Finally, nine strategic areas for improvement are developed with their corresponding schedule.

KEYWORDS

Mental Health, Infant and Adolescent, Business Process Management, Child Welfare System

RESUMEN

Este trabajo revisa los antecedentes de la salud mental infanto-juvenil y del Acogimiento Residencial (AR), así como la situación actual en Cataluña en el contexto de cambios sociopolíticos que afectan tanto a la organización asistencial y a la población de referencia como al incremento de la complejidad de los casos atendidos. También se analiza la atención ofrecida por el Servicio del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell, un plan funcional prospectivo, encuestas de satisfacción y un análisis DAFO donde se detectan oportunidades de mejora. Finalmente se proponen nueve áreas de mejora con su correspondiente cronograma.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Infantojuvenil, Gestión de Procesos, Sistema de Protección

INTRODUCCIÓN

Según las estadísticas oficiales, en España en 2014 existían 32.682 menores separados de sus familias debido a una situación de severa vulnerabilidad, de los cuales 13.563 permanecían en centros de acogida en el 2014 (Observatorio de la infancia^{1,2}). España ha sido un país donde el Acogimiento Residencial (AR) ha tenido mucha relevancia frente a otras medidas de protección, aunque recientemente se están haciendo esfuerzos para promover el Acogimiento Familiar (AF), especialmente en edades tempranas. En este sentido es lógico que la AR se vuelva un recurso más utilizado en la adolescencia³⁻⁵. La media de edad de la población en AR se ha incrementado de manera que un 43% de los menores son mayores de 15 años. Este cambio en el perfil (mayor edad y mayores problemas emocionales y conductuales) ha hecho que se incremente la demanda de centros especializados que ofrezcan cuidados terapéuticos⁶⁻⁸. En 2016 existían 1.131 centros de menores, la mayor parte de ellos (74,7%) gestionados por entidades colaboradoras y tan solo el 25% de los centros son gestionados por la propia entidad pública. Estos datos representan un claro aumento respecto al número de centros registrados en 2015, que era de 1.058, aunque la relación entre centros propios y gestionados por entidades colaboradoras se mantiene mayoritariamente favorable a estas últimas. Según el Informe estadístico mensual de la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia) en Catalunya, hasta abril del 2017 existen 6.957 niños y adolescentes con medidas de protección, de los cuales 3.774 (54,2%) se encuentra en AF, 3.025 (43,5%) en AR y 158 (2,3%) con otras medidas. De

los 3.025 niños y adolescentes en situación de AR: 672 (22,2%) están en CA (Centros de Acogida), 1.866 (61,5%) en CRAES (Centros Residenciales de Acción Educativa), 112 (3,7%) en CREI (Centros Residenciales de Acción Intensiva), 53 (1,8%) en Casas de Niños, 79 (2,6%) realizan Itinerarios de Protección Individualizada (IPI,) y 249 (8,2%) están en otros recursos como pisos, centros de discapacitados, centros maternos, centros terapéuticos etc. En el 2017, para los 1.866 (61,5%) que residen en CRAE, existen 97 centros (1.845 plazas) que se encuentran situados principalmente en las zonas de Barcelona ciudad y comarcas. En 2018 constan 101 CRAE (78 concertados y 23 propios).

En el marco internacional, los niños y adolescentes que se encuentran acogidos en el sistema de protección a la infancia (especialmente aquellos con medida de separación familiar) son considerados una población especialmente vulnerable en la manifestación de trastornos y alteraciones de salud mental⁹. Se han identificado diferentes predictores de problemas de salud mental como son una mayor edad a la hora de entrar en cuidados residenciales, inestabilidad en los emplazamientos, percepción de inseguridad en los emplazamientos y discapacidad cognitiva¹⁰⁻¹³. La edad de entrada en el acogimiento residencial se ha relacionado con mayores problemas de apego y desarrollo neurológico y emocional. Entrar a una corta edad en una familia acogedora parece ser un factor protector en los problemas de salud mental, pero sin embargo es un factor de riesgo para el cuidado residencial^{14,15}. Estas dificultades en el apego (apegos inseguros y desorganizados) se correlacionan con la presencia de problemas conductuales y emocionales¹⁶. Las

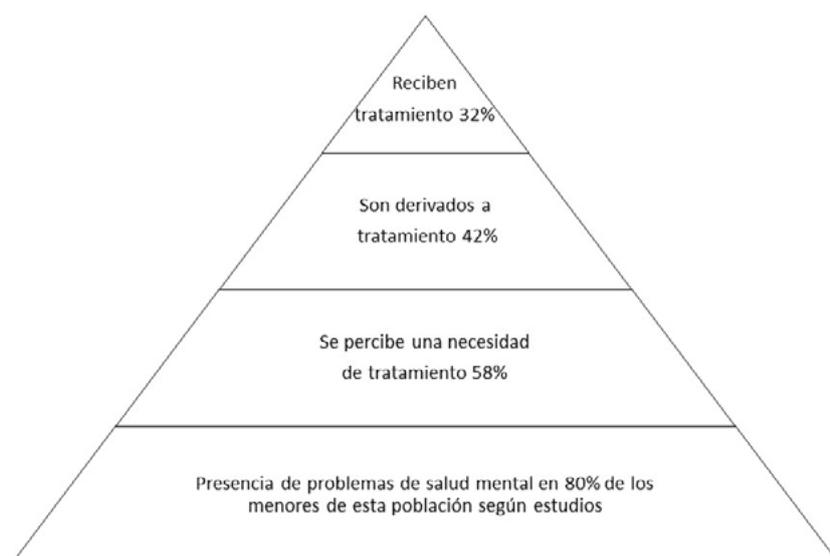


Figura 1. Porcentaje de niños en acogimiento residencial que requieren tratamiento y que reciben ayuda de servicios especializados. Adaptado de Maguire (2005) en Guisard-Pine (2017)²².

rupturas de emplazamiento a menudo ocurren cuando los cuidadores se ven confrontados por serias conductas disruptivas, pero la inestabilidad a su vez influye en un deterioro cada vez mayor de la salud mental del niño¹⁰. Las cifras de prevalencia de alteraciones y trastornos con estas muestras oscilan entre el 40 y el 80% a través de los diferentes estudios¹⁷ identificándose por tanto una importante necesidad de atención. Burns et al¹⁸ hablan de una probabilidad 2.5 veces mayor de tener problemas de salud mental en comparación con la población general. Los trastornos más comunes son los que se proyectan hacia el exterior (manifestaciones externalizadas: hiperactividad, trastorno de conducta, etc.) cuyo promedio a través de los estudios es del 42%¹⁹. Los trastornos de tipo internalizado (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.) también están presentes, aunque en menores proporciones a los trastornos externalizados y superan a las tasas estimadas en la población general infanto-juvenil²⁰. Según algunos estudios, la prevalencia de discapacidad oscila entre el 10 y el 31% de los niños y jóvenes²¹. En Cataluña, según datos de la DGAIA presentados en el nuevo programa marco de colaboración con el departamento del Catsalut, los menores protegidos por la DGAIA tienen una tasa seis veces mayor sobre la población general de atención por servicios de Salud Mental y el 24% padecen algún problema de salud mental. Según la tipología del recurso: un 50% de los menores acogidos en un CREI, un 35% de los acogidos en CRAE y un 22% de los acogidos en CA tienen problemas de salud mental. Se estima de utilidad que se estudien en más detalle los problemas de salud mental en esta población específica después de la pandemia.

A pesar de toda esta evidencia científica, solo una cuarta parte de los menores con problemas y alteraciones de salud mental reciben la asistencia clínica necesaria^{18,22}; y la derivación a servicios de Salud Mental no está relacionada con el número y severidad de los síntomas²³.

Por otro lado, tampoco está claro que se pueda reducir el efecto del tratamiento a una única medida de mejora comportamental. Se conoce muy poco sobre el impacto de la provisión de servicios de Salud Mental en esta población; además, la intensidad y calidad de los mismos varía enormemente²⁴. Existe, por tanto, poca evidencia empírica de que el tratamiento formal en servicios de Salud Mental se traslade en una mejoría de los problemas emocionales y conductuales^{25,26}. Se sabe que muchos mejoran sin tratamiento formal y que las intervenciones psicológicas y farmacológicas al uso o estándar para ciertos trastornos son menos efectivas para esta población²⁷.

En Cataluña, desde los años 90 existen convenios entre Salud Mental y DGAIA²⁸. En 1992 se firma un convenio

para la colaboración para la protección social y sanitaria de los niños y adolescentes con graves problemas de salud mental acogidos en el Centro Garraf (posteriormente Can Rubió). En 1998 se firma un convenio mediante el cual el Catsalut se comprometía a prestar soporte clínico a la población infantojuvenil con trastornos mentales que estaba bajo la tutela de la DGAIA estableciendo protocolos y circuitos para facilitar su atención preferente. En 2011 se renueva este convenio del 1998 en algunos aspectos, pero no todos los centros residenciales disponían de este convenio de colaboración. Según un cuestionario administrado a los centros residenciales sobre la atención recibida en los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) elaborado por la DGAIA, el 81% disponía de otros recursos de atención en salud mental diferentes al CSMIJ (79% externo, 14% externo y propio y 7% propio). A finales de 2017, tras realizar un mapa de recursos, se generaliza la atención en salud mental a todos los centros residenciales de Cataluña. Los datos sobre los programas asignados, número de centros residenciales por CSMIJ y financiación correspondiente siguen sin ser fácilmente accesibles en el portal de transparencia.

El Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell, según datos del año 2022, tiene como población de referencia a todos los niños y adolescentes menores de 18 años del Baix Llobregat Nord (31.622). Este CSMIJ dispone de siete programas de atención entre ellos el Programa de apoyo a las residencias propias y concertadas de la Dirección General de Atención a la Infancia T27. Este programa incluye:

- Apoyo, formación y asesoramiento en materia de salud mental a los profesionales que desarrollan sus funciones en centros de la DGAIA.
- Asistencia psiquiátrica y psicológica a los menores con trastornos mental, mediante un programa conjunto de intervención que contemple la vertiente psicoeducativa y psicoterapéutica y que incluya el diagnóstico, la valoración, el tratamiento y seguimiento.

Entre 2017 y 2018 el programa se debe adaptar a diferentes cambios en relación con las residencias concertadas y la apertura de CREI y CRAE en el territorio de referencia (Tabla 1). Se plantea como objetivo la mejora de la efectividad de la atención.

CONTENIDO

1. METODOLOGÍA

Para poder realizar el estudio se recopilaban los datos asistenciales, se plasmó el mapa de procesos vinculado al programa, se llevó a cabo un análisis DAFO (Debili-

	Antes nov-17	[Nov-17: may-18]	may-18	Actualidad
La Inmaculada	40	40	40	40
Collbató	10	10	10	10
CREI Can Rubio (varones)			20	
CREI Can Rubio (mujeres)				15
La Llar	14			
CRAE La Luna				33
En Polzet	20			
Total	84	50	70	98

Tabla 1. Cambios en la población de referencia del programa DGAIA - Total de plazas residenciales.

dades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), se recogió la opinión de profesionales y personas atendidas mediante un cuestionario específico y se aplicó la metodología *Lean* para obtener mejora.

2. PROCESO ASISTENCIAL Y MAPA DE PROCESOS

Para mejorar la accesibilidad en el programa de colaboración con la DGAIA se establecieron reuniones periódicas con el referente clínico de ese centro para valorar acciones sobre los problemas planteados, incluyendo su derivación directa al CSMIJ u otros dispositivos de aten-

ción sanitaria. A su vez se realizaron intervenciones en crisis a demanda del centro. El objetivo era facilitar la derivación y trabajar con el equipo educativo del centro. En la Figura 2 se muestra el mapa de procesos vinculado a este programa.

3. DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES)

Como se puede observar en la Tabla 2 existen muchas fortalezas y oportunidades frente a debilidades y amenazas. No se han incluido dentro de las amenazas los retos

MAPA DE PROCESOS PROGRAMA T27

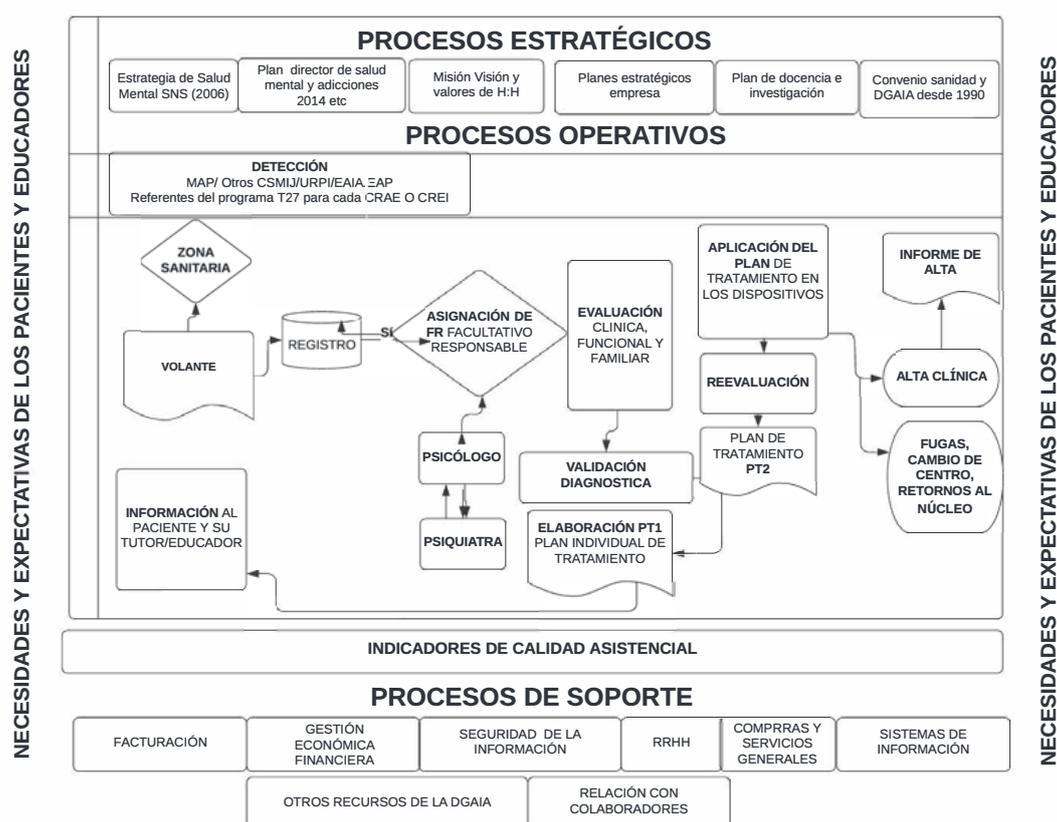


Figura 2. Mapa de procesos del Programa T.27.

FORTALEZAS		PESO	DEBILIDADES		PESO
Experiencia y amplio conocimiento en la atención a niños y adolescentes tutelados.	10	El incremento del número y la complejidad de los casos.	9		
Excelente relación con los CRAE atendidos.	9	Continuidad asistencial.	5		
Organización en equipos multidisciplinares.	9	Dificultad en ofrecer atención preferente y frecuentación adecuada.	9		
Formación a educadores.	8	Dificultades de coordinación con equipos externos (EAIA, CRAE, SIFE etc.).	9		
		Procedimientos de trabajo no estandarizados (variabilidad clínica).	8		
Total	36	Total	40		
<i>Valor promedio</i>	9.0	<i>Valor promedio</i>	8.0		
OPORTUNIDADES		PESO	AMENAZAS		PESO
Concierto con nuevas residencias que se encuentran dentro del área de atención.	10	Cambios en las directrices de la política sanitaria y de Bienestar Social.	6		
Investigación, publicaciones, congresos en dicho ámbito. Visibilidad en ámbitos profesionales.	9	Externalización del servicio en favor de entidades no públicas.	9		
Visibilidad social de los problemas en medios locales.	6	Problemas burocráticos. Área de referencia, LOPD.	6		
Total	25	Total	21		
<i>Valor promedio</i>	8.3	<i>Valor promedio</i>	7.0		

Tabla 2. Análisis DAFO del programa T.27.

en la asistencia clínica que impuso la pandemia y que especialmente afectaron a los pacientes que estaban acogidos en centros residenciales puesto que el análisis DAFO fue previo a la situación pandémica.

4. CUESTIONARIOS DE SATISFACCIÓN

Se realizaron encuestas de satisfacción a los educadores y pacientes sobre cuestiones como la accesibilidad, el trato recibido, horarios, instalaciones etc. y se administró online un cuestionario específico para niños y adolescentes, concretamente el cuestionario de experiencia con el servicio CES de Attride-Stirling en la versión adaptada de Bunge (2012)^{29,30}, modificado por Delgado (2018) en sus tres versiones. Se comenzó la aplicación en el CRAE la Inmaculada (40 plazas), pero la respuesta fue tan baja que no se consideró la aplicación en otros CRAE por la escasa significación en los resultados. Se analizaron también datos estadísticos del Servicio del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell para valorar la oferta terapéutica y la demanda traducidas a horas labo-

rales de dedicación en relación con la asistencia global que corresponde por zona sanitaria.

5. METODOLOGÍA LEAN

A la hora de diseñar los objetivos de mejora principales y secundarios se siguieron los principios de la metodología *Lean* en la que se pretende satisfacer la demanda de manera más eficiente, pero con los mismos recursos³¹. Se han alineado con los objetivos estratégicos del Hospital para el periodo 2018-20 estableciéndose 9 acciones de mejora con sus correspondientes indicadores.

1. Mejorar la accesibilidad y la seguridad en la atención clínica en la población atendida. Elaborar procedimientos de detección y derivación al CSMIJ ya que para crear valor se necesitan servicios ajustados a la demanda, lo que se consigue mediante el sistema *pull*: 'no menos, pero tampoco más'. La prioridad de las visitas se asignará en función de criterios clínicos y se implementará un procedimiento unificado de derivación para este programa.

2. Cumplimentación legal. Evitar esperas innecesarias en atención en la primera visita, por procedimiento y burocracia asegurando que la documentación legal, tarjeta y zona sanitarias de referencia sean correctas antes de la misma.
3. Registro de visitas unificado. Mejorar los sistemas de registro de datos de los profesionales permitirá mejorar el posterior análisis estadístico, reducir tiempo de espera para asignar las visitas sucesivas y tiempo de profesional clínico/administrativo en la corrección de errores. Unificar tipos de visita para todos los pacientes atendidos e implementar una modificación en el programa informático actual SAVAC.
4. Estandarización de la evaluación. Crear flujos de valor VSM (*Value Streams Maps*) para el servicio y por patologías más prevalentes.
 - Estandarizar sistemas de evaluación clínica para todo el equipo del CSMIJ en primeras visitas y seguimientos. Evaluaciones básicas (informe de primera visita con diagnóstico CIE9, derivación y alta clínica) y complementarias según el criterio del referente clínico y basadas en la guía publicada por CEBC (Centro de intercambio de información basado en la Evidencia de California para el Bienestar infantil Clearinghouse).
 - Crear una ficha de seguimiento donde se establezcan los objetivos de tratamiento multidisciplinar PTI (Programa de Tratamiento Individualizado) y establecer avisos automáticos de las fechas de revisión de dichos objetivos. Estos objetivos deben ser conocidos por el tutor y el propio menor de cara a lograr su implicación y su participación.
 - Establecer seguimientos periódicos de casos con medicación en cada CRAE que permita actuaciones ajustadas a criterios clínicos revalorando posibles alternativas.
5. Información y participación. El valor únicamente se define desde la perspectiva del paciente. En esta línea se incluiría lograr el consentimiento verbal de los niños y adolescentes al tratamiento, fomentar la participación, mejorar la información dada sobre su propia terapia, tener en cuenta su opinión sobre los servicios de salud y posibilitar que las citas sean dadas en horarios no escolares. Sería interesante poder implementar un *software* común entre Sanidad y Bienestar Social, el propio paciente dispondría de acceso para consultar su historia de vida, antecedentes personales, progreso de objetivos terapéuticos comunes, así como realizar preguntas o sugerencias online a las personas referentes de su caso tanto del ámbito clínico como social y obtener una respuesta rápida. En muchas ocasiones ni los educadores ni el propio menor disponen de información sanitaria básica o las coordinaciones se demoran en el tiempo.
6. Facilitar la implicación de los profesionales en el desarrollo de proyectos de investigación. Publicación de los resultados de los cambios implementados en gestión y de trabajos de investigación en revistas, congresos etc.
7. Mejorar la gestión del caso y coordinación externa entre diferentes agentes.
 - Especialización del equipo de profesionales dedicados a esta población.
 - Evitar desplazamientos innecesarios mediante el acceso a nuevas tecnologías.
 - Implementar un sistema de gestión específico para los programas que funcione como CMI (Cuadro de Mandos Integral) facilitando la extracción de datos actualizados a tiempo real. El referente del programa tendría acceso a todos los casos en seguimiento por el CSMIJ y podría su estado en cada proceso.
 - Implementar una prueba piloto con un proveedor de *software* de gestión para AR. En este caso solo los agentes implicados podrían acceder a los datos en tiempo real, pero no modificar los datos de salud. Se podría incrementar el volumen y la calidad de la atención al facilitar los seguimientos del PTI en tiempo real, disminuyendo la sobrecarga profesional y posibles errores. En el *software* se deberían implementar escalas de valoración para ser completadas por educadores/escuela/autoinforme que informen de la evolución de los objetivos del PTI. Con todo esto, se mejorará la confianza en las instituciones a través de la transparencia e implicación y facilitará la comunicación inmediata con otros agentes implicados y la integración de la información. Será personalizable a cada una de las necesidades y ofrecerá soluciones de formación y soporte, además de estar configurado en español.
8. Incrementar el atractivo del CSMIJ de Martorell y la imagen externa de cara al cliente interno y externo. Publicitar un evento que ofrezca visibilidad a esta población y los profesionales que intervienen.
9. Elaborar planes funcionales anuales sobre los recursos asignados a cada centro residencial. Se realizará una estimación basándose en los datos de años anteriores

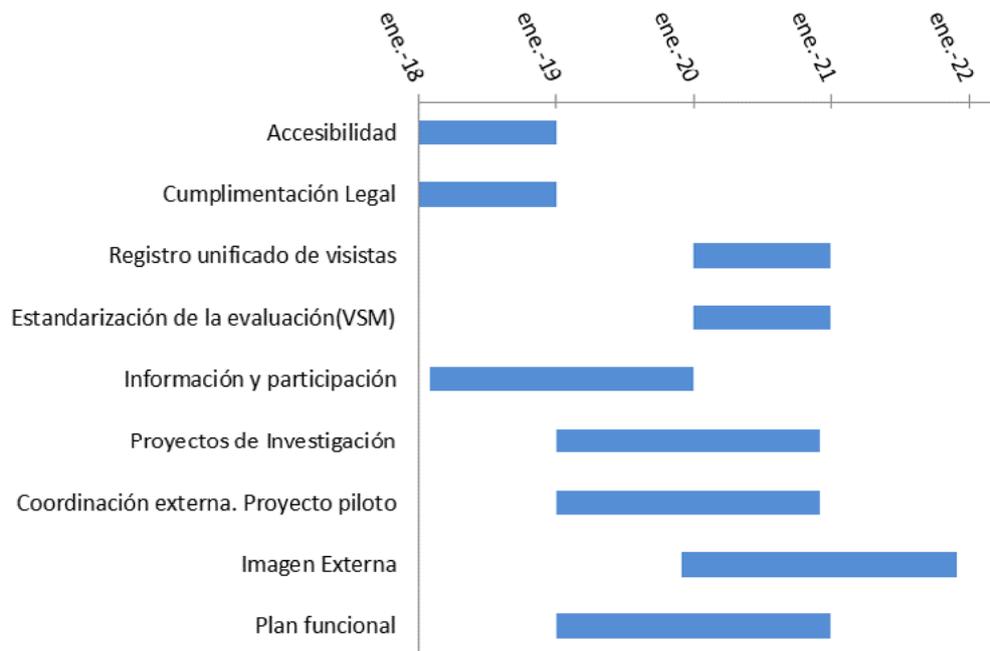


Figura 3. Cronograma.

para ajustarse a la demanda y optimizar los recursos de manera más eficiente.

CONCLUSIONES

El objetivo global de la presente metodología se articula siempre para contribuir a la consecución de la misión y visión de la organización: la hospitalidad y mejor atención centrada en el paciente. Entre las limitaciones a la implementación de las mejoras se encuentran:

- La resistencia al cambio de los profesionales y el sistema.
- La falta de indicadores finales y transversales de resultados que valoren el funcionamiento y la participación en la sociedad.
- El compromiso financiero.
- Y el marco legal que alcanzan las instituciones de ámbito social y sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de la Infancia (2016). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 17. Datos 2014. [Internet]. [citado 28 de octubre de 2022]. Disponible en: https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:d246e208-b2bd-4e1e-875c-a9440c6486c5/proteccion_basica_de_proteccion_a_la_infancia_17.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de la Infancia (2018a). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 19. Datos del 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccion19provisional.pdf>
3. Bravo A., Del Valle J. Crisis y revisión del Acogimiento Residencial su papel en la protección infantil. *Papeles Psicólogo*. 2009;30(1):42-42.
4. Águila-Otero A., Bravo A., Santos I., Del Valle J. Addressing the most damaged adolescents in the child protection system: An analysis of the profiles of young people in therapeutic residential care. *Child Youth Serv Rev*. mayo de 2020;112:104923.
5. Del Valle J., Bravo A. Salud mental de menores en Acogimiento Residencial. 2011.
6. Ainsworth F., Hansen P. Therapeutic Residential Care: different population, different purpose, different costs. *Child Aust*. diciembre de 2015;40(4):342-7.
7. Andrée Löfholm C., Olsson T.M., Sundell K. Effectiveness and costs of a Therapeutic Residential Care Program for adolescents with a serious behavior problem (MultifunC). Short-Term Results of a non-randomized controlled trial. *Resid Treat Child Youth*. 2 de julio de 2020;37(3):226-43.
8. Bellonci C., Holmes L., Whittaker J. Re-thinking Therapeutic Residential Care (TRC) as a preventive service: examining developments in the US and

- England. *Resid Treat Child Youth*. 2 de enero de 2019;36(1):35-53.
9. Combs-Orme T., Heflinger C.A., Simpkins C.G. Comorbidity of mental health problems and chronic health conditions in children. *J Emot Behav Disord*. abril de 2002;10(2):116-25.
 10. Barber J.G., Delfabbro P.H. Placement stability and the psychosocial well-being of children in foster care. *Res Soc Work Pract*. julio de 2003;13(4):415-31.
 11. Tarren-Sweeney M. Mental health services for our most vulnerable children. *Clin Child Psychol Psychiatry*. octubre de 2017;22(4):521-3.
 12. Tarren-Sweeney M. Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Child Youth Serv Rev*. enero de 2008;30(1):1-25.
 13. Vreeland A., Ebert J.S., Kuhn T.M., Gracey K.A., Shaffer A.M., Watson K.H. et al. Predictors of placement disruptions in foster care. *Child Abuse Negl*. enero de 2020;99:104283.
 14. Browne K., Hamilton-Giachritsis C., Chou S. Young children in institutional care in Europe. *Early Child Matters*. 1 de enero de 2005;105:15-8.
 15. Browne K., Hamilton-Giachritsis C., Johnson R., Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe: Table 1. *BMJ*. 25 de febrero de 2006;332(7539):485-7.
 16. Howe D., Fearnley S. Disorders of attachment in adopted and fostered children: recognition and treatment. *Clin Child Psychol Psychiatry*. julio de 2003;8(3):369-87.
 17. Pecora P.J., Jensen P.S., Romanelli L.H., Jackson L.J., Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare*. 2009;88(1):5-26.
 18. Burns B.J., Phillips S.D., Wagner H.R., Barth R.P., Kolko D.J., Campbell Y. et al. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. agosto de 2004;43(8):960-70.
 19. Keil V., Price J.M. Externalizing behavior disorders in child welfare settings: definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Child Youth Serv Rev*. julio de 2006;28(7):761-79.
 20. McMillen J.C., Zima B.T., Scott L.D., Auslander W.F., Munson M.R., Ollie M.T. et al. Prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2005;44(1):88-95.
 21. Trout A.L., Casey K., Chmelka M.B., DeSalvo C., Reid R., Epstein M.H. Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*. 2009;88(2):111-36.
 22. Guishard-Pine J., McCall S., Coleman-Oluwabusola G. Supporting the mental health of children in care: evidence-based practice. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2017. 247 p.
 23. Minnis H., Everett K., Pelosi A.J., Dunn J., Knapp M. Children in foster care: mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2006;15(2):63-70.
 24. McKay M. Engaging families in child mental health services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. octubre de 2004;13(4):905-21.
 25. Bellamy J.L., Gopalan G., Traube D.E. A national study of the impact of outpatient mental health services for children in long-term foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry*. octubre de 2010;15(4):467-79.
 26. James S. Implementing evidence-based Practice in Residential Care: how far have we come? *Resid Treat Child Youth*. 3 de abril de 2017;34(2):155-75.
 27. McLennan J.D. Listening to Bickman: findings from child mental health services research. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry J Acad Can Psychiatr Infant Adolesc*. 2015;24(1):59-60.
 28. Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña [Internet]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/PlandirectorsaludmentalCatalunyacastellano.pdf>
 29. Bunge E. Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental para niños y adolescentes desde la perspectiva del paciente y el cuidador. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. (Tesis doctoral no publicada). [Internet]. 2012. Disponible en: https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1686/Bunge_Eduardo_CC.pdf?sequence=1
 30. Bunge E., Maglio A.L., Carrea G., Entenberg G. Satisfacción y tipo de servicios de salud mental para niños y adolescentes. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* [Internet]. 2016;14(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2016000100028
 31. Fumado C.M., Cuatrecasas O. Sanidad Lean. DRK. Barcelona: Elsevier; 2015.

Evaluación de la gestión responsable de la cadena de suministro en una institución sanitaria



Noemí Durán García

Coordinadora de RSC del Institut Català d'Oncologia
nduran@iconcologia.net



Candela Calle Rodríguez

Directora General de la Fundació Sant
Francesc d'Assís
ccalle@fsfa.cat

ABSTRACT

Healthcare institutions are organizations that generate a social and environmental impact with their actions. National and international initiatives and stakeholder demands have generated a growing interest in integrating corporate social responsibility into management. One of the key mechanisms is the responsible management of the supply chain through public procurement and the establishment of good practices with suppliers.

This project presents an instrument that aims to establish a supplier evaluation system to ascertain and monitor compliance with the criteria of ethical conduct and social responsibility established by an institution.

The study is of a descriptive exploratory type, with a quantitative research methodology. The instrument for data collection is a structured questionnaire with ten aspects.

The results have shown that there is good compliance with the criteria on the part of large companies, and unequal compliance on the part of SMEs and micro-enterprises. In the latter case, an improvement-oriented collaborative process is proposed.

In short, the aim is to involve the supply chain in achieving the objectives of sustainability and social responsibility.

KEYWORDS

Corporate Social Responsibility, Ethical Management, Supply Chain, Suppliers, Hospital, Health

RESUMEN

Las instituciones sanitarias son organizaciones que generan impacto social y ambiental con sus actuaciones. Las iniciativas nacionales e internacionales y las demandas de los grupos de interés han generado una demanda creciente por integrar la responsabilidad social corporativa en la gestión. Uno de los mecanismos clave es la gestión responsable de la cadena de suministro a través de la compra pública y del establecimiento de buenas prácticas con los proveedores.

En este proyecto se presenta un instrumento que tiene por objetivo establecer un sistema de evaluación de proveedores para conocer y monitorizar el cumplimiento de los criterios de conducta ética y de responsabilidad social establecidos por una institución.

El estudio ha sido de tipo descriptivo exploratorio, con una metodología de investigación cuantitativa. El instrumento para la recogida de los datos fue un cuestionario estructurado con diez aspectos.

Los resultados han mostrado que existe un buen cumplimiento de los criterios por parte de las grandes empresas y un cumplimiento desigual por parte de pymes y microempresas. En este último caso se propone un proceso de colaboración orientado a la mejora.

En definitiva, se pretende implicar a la cadena de suministro en la consecución de los objetivos de sostenibilidad y responsabilidad social.

PALABRAS CLAVE

Responsabilidad Social Corporativa, Gestión Ética, Cadena de Suministro, Proveedores, Hospital, Salud

INTRODUCCIÓN

Los hospitales son grandes organizaciones con la misión, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, de proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. En el desarrollo de su actividad, los hospitales generan un impacto social y ambiental que va más allá de la atención sanitaria. En su condición de grandes empresas tienen un espectro amplio de actuación en el campo de la responsabilidad social corporativa^{1,2,3,4}. Además, en el caso de las instituciones públicas, la trascendencia social y económica de su gestión adquiere una dimensión que exige el logro de unos niveles óptimos de buena administración y excelencia.

La responsabilidad social corporativa es un modelo de gestión que integra el compromiso de sostenibilidad económica, social, ambiental y el buen gobierno, teniendo en cuenta todos los grupos de interés afectados por la actividad de la institución. En este contexto han surgido iniciativas internacionales y nacionales que han definido directrices para orientar a las organizaciones que quieren integrar este modelo de gestión en su estrategia, como el Pacto Mundial de Naciones Unidas, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Libro verde de la Comisión Europea y la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas. Además, se han generado un conjunto de normas y guías con los requisitos que deben cumplir aquellas organizaciones que quieren ser consideradas responsables, como SA 8000, ISO 26000, IQNet SR10, SGE 21 y los Estándares GRI.

Inicialmente, la mayoría de estos conceptos y herramientas han sido implementados en las grandes empresas, debido al impacto global de sus actuaciones. No obstante, en los últimos años se han desarrollado diversas iniciativas que promueven su adopción por parte de todo tipo de empresas, así como en el contexto de las políticas públicas^{5,6}. En España existe un marco normativo que impulsa la responsabilidad social, como la Ley 2/2011 de Economía Sostenible, que define objetivos relacionados con la transparencia, el buen gobierno corporativo y aspectos sociales y medioambientales y la Ley 11/2018 de información no financiera y diversidad.

Una de las herramientas fundamentales que se describen para promover la responsabilidad social corporativa es la gestión responsable de las compras y la contratación. Se trata de un requerimiento que adquiere una especial relevancia en la compra pública, que ha dejado de ser una mera compra de bienes y servicios de las administraciones para ser una herramienta para el fomento de determinadas políticas públicas. En este

sentido se ha desarrollado legislación en materia de utilización estratégica de la compra pública para promover la responsabilidad social corporativa en cumplimiento de la directiva 2014/24/UE sobre contratación pública, así como la Ley 9/2017 de contratos del sector público. En el caso de Cataluña se ha aprobado un Código de contratación pública socialmente responsable⁷ que, aunque no tiene valor normativo, constituye un directriz de actuación.

La gestión de proveedores se ocupa de conducir la relación con los suministradores de productos o servicios de los que depende la organización. Su principal objetivo es alcanzar la mayor calidad a un precio adecuado. Pero en el modelo de responsabilidad social corporativa, además, se incluye que el proceso de compra o contratación de servicios debe realizarse velando por la sostenibilidad social y ambiental de la empresa. La integración de criterios éticos, sociales y ambientales en la relación con los proveedores es un reto para cumplir con el código de conducta, la gestión ética y las políticas de responsabilidad social de las instituciones. Supone una nueva forma de relación a lo largo de toda la cadena de valor que puede ser construida con criterios de responsabilidad social, aprovechando las regulaciones ya introducidas en el marco legal. Además de promover la compra de productos social y ambientalmente responsables, se trata de integrar en las políticas y prácticas de contratación criterios coherentes con los objetivos de responsabilidad social corporativa, y animar a otras organizaciones a que adopten políticas que integren estos compromisos.

Este trabajo está motivado por el interés en conocer cómo una institución sanitaria, con un modelo de gestión de la responsabilidad social corporativa, gestiona la cadena de suministro en alineación con su estrategia. Interesa determinar el nivel de cumplimiento de los compromisos sociales, ambientales y de buen gobierno por parte de las empresas proveedoras de la institución. El objetivo es establecer un sistema de evaluación de proveedores para conocer y monitorizar el cumplimiento de los criterios de conducta ética y de responsabilidad social establecidos por una institución sanitaria.

CONTENIDO

1. CONTEXTO

El proyecto se ha desarrollado en el Institut Català d'Oncologia, una empresa pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Se trata de una organización multicéntrica que aplica el modelo de centro integral de cáncer e incorpora, en la misma organización la prevención, la asistencia, la investigación

y la docencia. La organización incluye en sus objetivos estratégicos promover la responsabilidad social corporativa, integrándola en su modelo de gestión y gobernanza. El despliegue operativo de la estrategia se encuentra recogido en el Plan Estratégico y el Plan de Responsabilidad Social Corporativa. Asimismo, ha impulsado un Sistema de Gestión Ética y Socialmente Responsable certificado conforme a la Norma SGE 21 y anualmente reporta a sus grupos de interés los resultados económicos, sociales, ambientales y de buen gobierno en la memoria de sostenibilidad, realizada conforme los Estándares GRI (*Global Reporting Initiative*) y verificada por entidad independiente.

2. FASES DEL PROYECTO

La metodología implementada para evaluar la gestión responsable de la cadena de suministro comportó una serie de fases en un orden secuencial lógico que se muestra a continuación:

1. Fase conceptual. Delimitación del problema, revisión de la literatura y construcción del marco teórico integrando los aspectos de la gestión sanitaria.
2. Fase de diseño. Estudio descriptivo con metodología de investigación cuantitativa. Definición de la muestra y diseño del cuestionario incluyendo aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno.
3. Fase empírica. Recogida y procesamiento de datos mediante encuesta administrada por correo electrónico a los proveedores seleccionados para participar en la evaluación.
4. Fase analítica. Análisis de datos e interpretación de resultados, con la clasificación de proveedores en función de los resultados obtenidos.
5. Fase de planificación. Definición de un conjunto de acciones de mejora dentro del Plan de responsabilidad social corporativa de la institución.
6. Fase de difusión. Presentación de resultados.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño. Se planteó un estudio exploratorio descriptivo sobre la situación de la cadena de suministro respecto la responsabilidad social corporativa. El diseño de la evaluación de proveedores se realizó de acuerdo con una metodología de investigación cuantitativa.

Para el diseño se hizo un análisis previo de la organización a través de fuentes secundarias de información, como planes, políticas, códigos, procedimientos y memorias y

una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Google Scholar y Dialnet.

Población. Proveedores de la organización, entendidos como aquellos terceros, públicos y privados, con y sin ánimo de lucro que, dando cumplimiento a la normativa que les es de aplicación en la organización, colaboran a la hora de cubrir las necesidades del centro. En total 1.251 proveedores dados de alta en la base de datos.

Muestra. La técnica de muestreo fue no probabilística por accesibilidad. Los criterios de inclusión fueron todos los proveedores incluidos en la base de datos de la institución. La muestra se compuso de 61 proveedores de diferentes sectores y tamaño.

Instrumento y variables. El instrumento para la recogida de los datos fue un cuestionario estructurado.

El cuestionario incluyó 10 preguntas sobre aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno (ASG) con una escala de respuesta ordinal con 4 valores. Las preguntas se elaboraron a partir de las prioridades establecidas por la institución en su política de responsabilidad social corporativa y código ético y código de buenas prácticas. También se incluyeron 7 preguntas sobre datos generales de la empresa y 1 de control sobre certificaciones obtenidas. El detalle de aspectos se recoge en la Tabla 1

Ponderación. El objetivo del cuestionario, además de proporcionar una visión sobre cada uno de los aspectos evaluados, fue obtener un indicador Puntuación Global de RSC a partir de los 10 ítems, que permitió cuantificar la posición relativa de la empresa proveedora respecto de la responsabilidad social corporativa. A cada uno de los ítems (P1 a P10) analizados se les asignó un valor entre 0 y 3 según el grado de desarrollo. Los valores superiores a 1 fueron calificados como positivos, en cuanto que representa que la empresa realizaba acciones en ese ámbito. Se realizó una suma de puntos obtenidos en cada ítem para obtener la puntuación global con un valor entre 0 y 30, siendo puntuación positiva aquella superior a 10. Para el análisis, se consideró un resultado satisfactorio el de los proveedores que habían obtenido una puntuación media de los aspectos evaluados (puntuación 11-20), nivel alto (puntuación de 21 a 25) y muy alto (puntuación 26-30). Los proveedores con una puntuación inferior se clasificaron con un resultado bajo (puntuación de 6-10) y muy bajo (puntuación 0-5).

Técnica de recogida de datos. La encuesta fue administrada por correo electrónico a los proveedores seleccionados para participar en la evaluación. Se solicitó

TIPOLOGÍA	ASPECTOS
Aspectos de buen gobierno	P1. Gestión de la responsabilidad social corporativa P2. Difusión de resultados en materia de responsabilidad social P3. Desarrollo de un código de conducta/código ético para los empleados P4. Incorporación de criterios de responsabilidad social en las compras
Aspectos sociales	P5. Desarrollo de acciones para promover la igualdad de oportunidades P6. Desarrollo de acciones para promover la prevención de riesgos laborales P7. Desarrollo de acciones para promover el desarrollo profesional P8. Desarrollo de la gestión de la diversidad en la empresa P9. Evaluación de la satisfacción de los clientes
Aspectos ambientales	P10. Desarrollo de la gestión medioambiental

Tabla 1. Aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno (ASG) del cuestionario para proveedores.

la participación voluntaria para contestar el cuestionario. El trabajo de campo tuvo lugar entre los meses de agosto y septiembre de 2020.

Análisis de datos. En la fase analítica se realizó en primer lugar un análisis descriptivo de las variables relacionadas con los aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno. Todas las variables fueron descritas por medio del número de casos, porcentaje respecto al total por categoría y medias. En segundo lugar, se obtuvieron las puntuaciones del indicador Puntuación Global de RSC y se realizó un análisis descriptivo por medio del número de casos y porcentaje. El *software* utilizado fue Gandia Barbwin⁷.

Consideraciones éticas. Todos los datos obtenidos en esta investigación fueron tratados de manera anónima para preservar la confidencialidad, conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

4. RECURSOS

El equipo participante en el proyecto fue multidepartamental, de acuerdo con la implicación en la gestión de la responsabilidad social corporativa y la gestión de la cadena de suministro: Dirección General, Dirección de Estrategia y Responsabilidad Social Corporativa y Unidad de Aprovisionamientos.

El proyecto no requirió de inversión. Los gastos fueron los del personal que desarrolló el proyecto, gastos de material de oficina y otros gastos corrientes. Estos gastos eran estructurales, por lo que ya estaban contemplados en el presupuesto anual y no supusieron gastos adicionales para la institución.

RESULTADOS

1. PRÁCTICAS DE ADQUISICIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

En el análisis de la organización se verificó que se había definido una política de compras y aprovisionamientos y un código de buenas prácticas de la contratación pública, aprobados por el Consejo de Administración, que recogían los principios y valores fundamentales de la contratación, las conductas recomendables y las buenas prácticas contractuales. De forma específica los valores, las normas éticas y los principios deontológicos que deben inspirar, guiar y definir la conducta de proveedores quedaban recogidos en el código ético y código de buenas prácticas de la institución.

Respecto al volumen de compras realizadas con criterios sociales y ambientales, la organización había comenzado a incorporar de forma progresiva cláusulas en la contratación, aunque de forma desigual.

En los últimos tres años publicados por la Dirección General de Contratación Pública⁸, se observó que el importe adjudicado con cláusulas ambientales era mayor que el adjudicado con cláusulas sociales. En 2016 la adjudicación con cláusulas ambientales y sociales fue del 42,92% y del 0%, respectivamente, y en 2018 del 14,89% y el 4,57%.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

Característica de la muestra

En la primera evaluación de responsabilidad social participaron 61 empresas, que se clasificaron por tipología

de acuerdo con el tamaño de la plantilla. Así, un 62,30% (n=38) eran pequeñas y medianas empresas (pymes), con un número de trabajadores entre 10 y 250, un 19,67% (n=12) microempresas con menos de 10 trabajadores y un 18,03% (n=11) grandes empresas, con más de 250 trabajadores.

Respecto a la procedencia de los proveedores, entendida la procedencia como el lugar donde se ubica el domicilio social, el 62,30% (n=38) de participantes procedían de Cataluña, el 26,23% (n=16) de Madrid y el 11,48% (n=7) de otras zonas de España. No hubo participación internacional.

Por sectores, el 44,26% (n=27) de participantes eran del sector servicios, el 32,79% (n=20) empresas de producción y distribución de material sanitario, el 13,11% (n=8) empresas de producción y distribución de material no sanitario y el 9,84% (n=6) industria farmacéutica y tecnológica.

Aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno

En referencia a los aspectos de buen gobierno, la implementación de prácticas de responsabilidad social corporativa se encontraba ampliamente extendidas entre los proveedores evaluados, un 93,44% (n=57) declaró realizar acciones en distinto grado, aunque solo un 13,11% (n=8) disponía de un sistema de gestión de la responsabilidad social certificado. Por lo que refiere a la difusión de resultados de responsabilidad social corporativa, solo un 57,38% (n=35) refirió publicar algún tipo de información.

A la pregunta de si disponen de un código de conducta para empleados, un 62,29% (n=38) disponía del código,

un 31,15% (n=19) tenía de normas internas que regulan sus actuaciones y un 6,56% (n=4) declaró no tenerlo. Sobre la aplicación de criterios de responsabilidad social corporativa en las compras, un 36,07% (n=22) los aplicaba en algunas compras y un 47,54% (n=29) realizaba evaluaciones de su cadena de suministro.

En cuanto a los aspectos sociales relacionados con prácticas laborales, un 83,61% (n=51) de las empresas realizaba acciones para promover la igualdad de oportunidades, un 80,33% (n=49) había puesto en marcha acciones para promover la prevención de riesgos laborales más allá del cumplimiento legal y un 95,08% (n=58) acciones para promover el desarrollo profesional de las personas que integraban la empresa. Por último, sólo un 42,62% (n=26) había implementado prácticas para promover la gestión de la diversidad y la inclusión de personas socialmente vulnerables en la empresa más allá del cumplimiento legal.

Sobre las prácticas responsables con los clientes, un 27,87% (n=17) realizaba encuestas de satisfacción puntualmente, un 34,43% (n=21) las hacía de forma periódica y un 32,79% (n=20) había implementado un plan de mejora a partir de las encuestas. Sólo un 4,92% (n=3) no realizaba ningún tipo de evaluación de la satisfacción de los clientes.

En cuanto a los aspectos ambientales, un 42,62% (n=26) de los proveedores gestionaba algunos aspectos, un 8,2% (n=5) disponía de un sistema de gestión medioambiental y un 34,43% (n=21) lo tenía certificado. Un 14,75% (n=9)

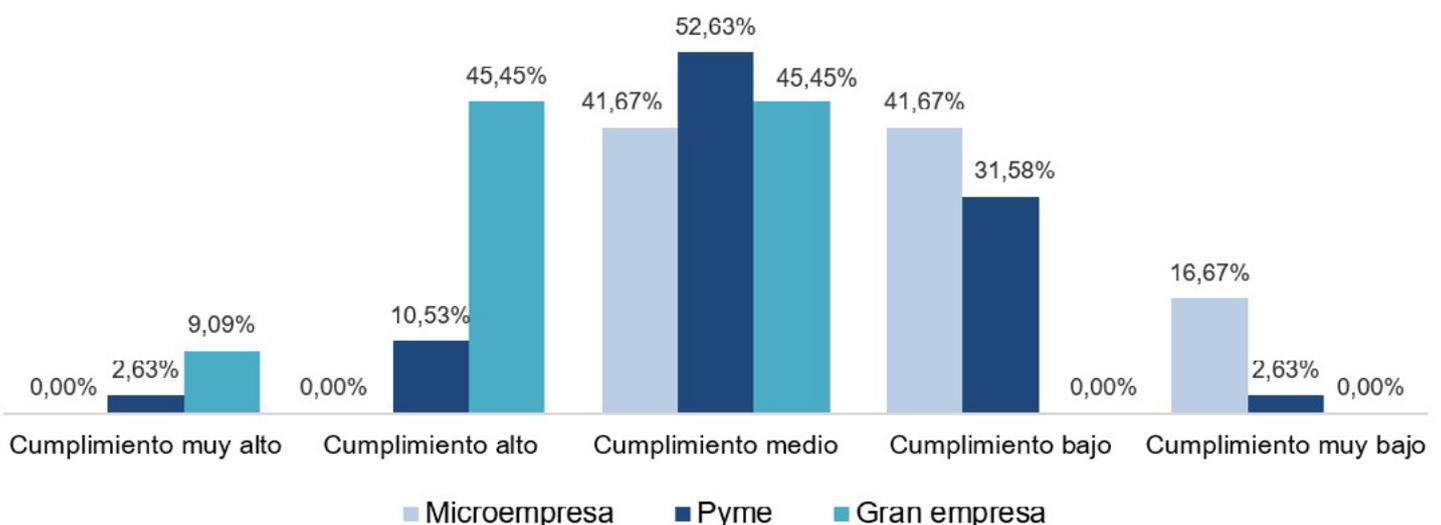


Gráfico 1. Nivel de cumplimiento de aspectos ASG por tipo de empresa.

no realizaba ninguna acción más allá del cumplimiento legal.

Puntuación global de Responsabilidad Social Corporativa

La posición relativa de las empresas respecto de la responsabilidad social corporativa fue determinada por la puntuación global obtenida a partir de los 10 ítems, en una escala de 0 a 30. De acuerdo con la puntuación obtenida se clasificaron las empresas en función del nivel de implementación de los aspectos evaluados.

La puntuación global determinó el nivel de cumplimiento de los aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno por tipo de empresa (Gráfico 1). Respecto a los proveedores con resultados bajos y muy bajos no se encontró ninguna de las grandes empresas. De estas, un 45,45% (n=5) tenían un cumplimiento medio, un 45,45% (n=5) un cumplimiento alto y un 9,09% (n=1) un cumplimiento muy alto.

Entre las pymes, la mayoría tenía un cumplimiento medio de los aspectos ASG, un 52,63% (n=20), un 31,58% (n=12) tenía un cumplimiento bajo, un 2,63% (n=1) un cumplimiento muy bajo, un 10,53% (n=4) un cumplimiento alto y un 2,63% (n=1) un cumplimiento muy alto.

Las microempresas obtuvieron peores resultados, un 41,67% (n=5) realizaba un cumplimiento medio, un 41,67% (n=5) un cumplimiento bajo y un 16,67% (n=2) un cumplimiento muy bajo.

En cuanto al sector de actividad (Gráfico 2), la industria farmacéutica y tecnológica gozaba de un nivel de cumplimiento de los aspectos ASG medio y alto en un 50,00% (n=3).

Las empresas de producción y distribución de material no sanitario disponían de un nivel de cumplimiento medio para el 50,00% (n=4) y bajo para el otro 50,00% (n=4).

Entre las empresas de producción y distribución de material sanitario un 5,00% (n=1) tenían un cumplimiento muy alto, un 30,00% (n=6) alto, un 40,00% (n=8) medio, un 20,00% (n=4) bajo y un 5,00% (n=1) muy bajo.

Por último, en el sector servicios, un 3,70% (n=1) de las empresas realizaban un cumplimiento muy alto de los aspectos ASG, un 55,56% (n=15) medio, un 33,33% (n=9) bajo y un 7,41% (n=2) muy bajo.

3. DISCUSIÓN

En los últimos años, hay un interés creciente en el desarrollo de estrategias que extiendan los procesos

tradicionales de gobierno corporativo, relacionados con la responsabilidad social corporativa, a la cadena de suministro^{9,10,11,12,13}. Las iniciativas nacionales e internacionales, la legislación y los estándares sociales y ambientales que tienen en cuenta los impactos directos e indirectos en la gestión de la cadena de suministro y en la competitividad de las empresas han supuesto un impulso de este interés.

En España, el 98% de las grandes empresas cuentan con política de responsabilidad corporativa y un 77% traslada con carácter obligatorio los criterios de responsabilidad social corporativa a los proveedores con mayor riesgo sobre el negocio¹⁴. En el sector de la salud, el interés por la responsabilidad social corporativa es relativamente reciente^{15,16,17,18}, solo un 27,78% de las organizaciones dispone de plan de acción en responsabilidad social corporativa, un 25% ha implementado criterios de compra responsable en función de aspectos medioambientales y sociales y un 27,22% dispone de una metodología de evaluación de proveedores e identificación de riesgos¹⁹.

Para evaluar el cumplimiento de los compromisos de gestión ética y de responsabilidad social, en este trabajo se desarrolló un sistema para evaluar a los proveedores, identificar los riesgos para el sistema de gestión ética y de responsabilidad social y realizar seguimiento de aquellos proveedores con mayor riesgo. A través de un cuestionario, se analizaron 10 ítems seleccionados para dar respuesta al nivel de cumplimiento de los compromisos del código ético y código de buenas prácticas y a la política de responsabilidad social corporativa de la institución. También se ha desarrollado un indicador de posición global de responsabilidad social corporativa construido a partir de los 10 ítems analizados.

El sistema de evaluación de proveedores propuesto se planteó como una herramienta que permitió:

1. Diagnosticar de forma progresiva el grado de gestión ética y responsabilidad social de los proveedores de la institución. En la evaluación de proveedores con criterios de responsabilidad social participaron en 2020, de forma voluntaria, 61 empresas e instituciones, que suponían un 4,81% de la población de proveedores. La mayoría de las empresas participantes fueron pymes (62,30%), seguido de microempresas (19,67%) y grandes empresas (18,03%).
2. De forma global, entre las grandes empresas el resultado fue satisfactorio de acuerdo con el estándar definido. Se detectó por debajo del estándar un 58,34% de microempresas y un 34,21% de pymes. En general, en el mercado español, las microempresas y las pymes, no disponen de una estrategia formalizada

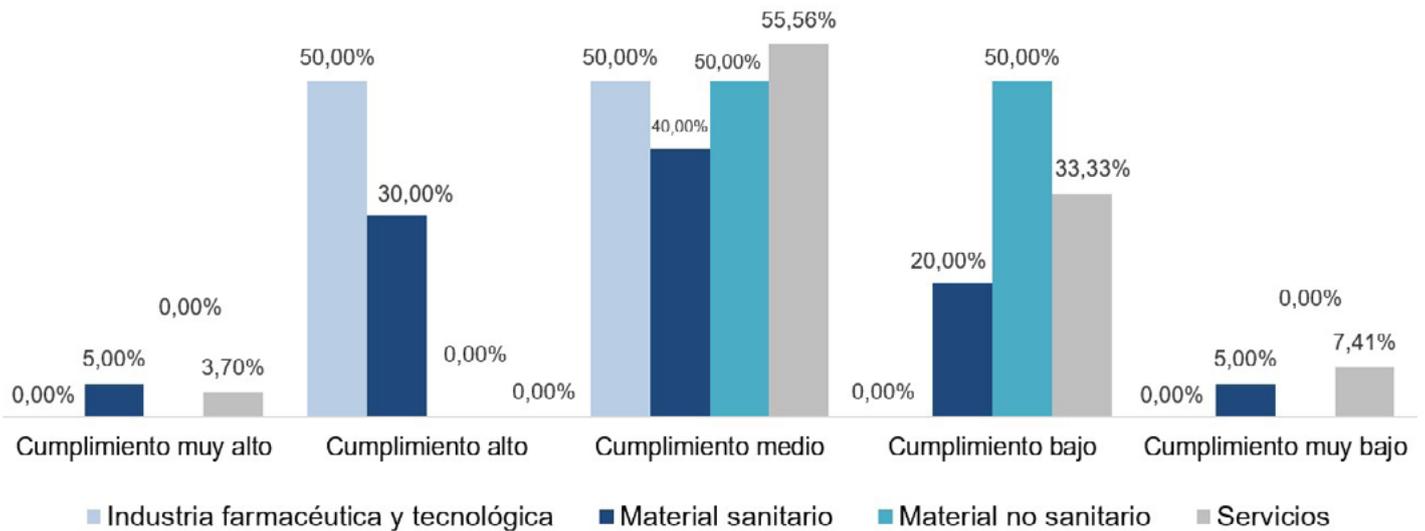


Gráfico 2. Nivel de cumplimiento de aspectos ASG por sector de actividad.

de responsabilidad social corporativa, sino que realizan diferentes actuaciones responsables dirigidas sobre todo a la gestión de los recursos humanos²⁰.

- Realizando el análisis por sectores, el resultado fue satisfactorio para la industria farmacéutica y tecnológica, pero un 25% de las empresas de material sanitario, un 50% de las empresas de material no sanitario y un 40,74% de las de servicios realizaban un cumplimiento bajo o muy bajo de los aspectos ambientales, sociales y de buen gobierno.
- Evaluar el cumplimiento del código ético de la institución. En general, se determinó que el 93,44% de los proveedores realizaba algún tipo de acción de gestión de la responsabilidad social corporativa en mayor o menor grado. De forma específica, el 83,61% promovía la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres con algún tipo de acción y el 85,25% fomentaba la responsabilidad medioambiental. Los aspectos en los que las empresas deben mejorar respecto a su responsabilidad social son la difusión de resultados, como ventaja competitiva para mejorar la transparencia y conocimiento de las empresas y la gestión de la diversidad.
- Promover la comunicación con los proveedores y el conocimiento de prácticas responsables. El cuestionario se ha diseñado de forma que puede servir como herramienta de autoevaluación. Además, solicitar la cumplimentación del cuestionario supone superar uno de los obstáculos a los que se enfrentan

las pymes para integrar la responsabilidad social corporativa, que suele ser la falta de interés o incentivos por parte de los clientes para integrar estas cuestiones²⁰.

- Detectar el nivel de riesgo para la institución generado por la cadena de suministro. Los riesgos derivados de incumplimientos en gestión ética y responsabilidad social generan un impacto en la organización que puede repercutir en pérdida de la reputación, riesgos legales derivados de actuaciones de la cadena de suministro que impliquen indemnizaciones para clientes y riesgos de corrupción²¹.
- Potenciar el conocimiento y la difusión de los valores de la responsabilidad social. Mediante este proyecto se pretendió difundir el conocimiento de la responsabilidad social corporativa, tanto entre la cadena de suministro como entre otras partes interesadas.

CONCLUSIONES

La responsabilidad social corporativa representa un avance de la gestión hospitalaria e implica integrar los compromisos sociales, ambientales y de buen gobierno y el diálogo con los grupos de interés como parte de la estrategia de la organización. El traslado de estos compromisos a la cadena de suministro se muestra indispensable para promover el alineamiento estratégico de toda la cadena de valor. Es necesario exigir a los proveedores las mismas condiciones y principios que guían la estrategia y actuaciones de la organización.

Con el objetivo de dar cumplimiento a los compromisos con la gestión ética y la responsabilidad social, en este trabajo se ha propuesto un sistema de diagnóstico y evaluación de proveedores para conocer y monitorizar el cumplimiento de los criterios de responsabilidad social corporativa para la cadena de suministro. Los principales resultados de la evaluación han sido la detección de un grado de integración de la responsabilidad social corporativa adecuado entre las grandes empresas y mejorable entre las pymes y microempresas. La comunicación con pymes y microempresas mediante la herramienta de evaluación se presenta como una buena práctica orientada a promover la responsabilidad social corporativa en las empresas proveedoras.

En las instituciones sanitarias del sector público, fomentar la responsabilidad social corporativa en la cadena de suministro implica conducir a la organización a un liderazgo basado en valores compartidos, para potenciar la colaboración en la consecución de objetivos sociales, ambientales y de buen gobierno comunes. Para ello, se deben considerar los impactos en las decisiones de compra y contratación y velar por evitar o minimizar cualquier impacto negativo, promover el principio de utilización estratégica de la contratación pública, llevar a cabo la debida diligencia y seguimiento adecuado de la cadena de suministro e involucrar a los proveedores para que adopten políticas similares.

En definitiva, se trata de conseguir organizaciones sostenibles y responsables en toda su cadena de valor, que tomen conciencia de que se debe implicar a todos los grupos de interés en el despliegue de la estrategia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brandão C., Rego G., Duarte I., Nunes R. Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Journal of Health Philosophy and Policy*. 2013; 21(4): 390–402. DOI 10.1007/s10728-012-0206-3.
2. Mira J.J. et al. Diseño y validación de la escala RSC-HospitalES para medir responsabilidad social corporativa. *Gac Sanit*. 2013; 27 (6): 529-532. DOI 10.1016/j.gaceta.2012.11.010.
3. Takahashi T., Ellen M., Brown A. Corporate Social Responsibility and Hospitals: US Theory, Japanese Experiences and Lessons for other Countries. *Healthcare Management Forum*. 2013; 26(4):176-179. DOI 10.1016/j.hcmf.2013.07.003.
4. Terán Rosero G.J., Montenegro Obando B.L., Bastidas Guerrón J.L., Realpe Cabrera I.A., Villarreal Salazar F.J., Fernández Lorenzo A. Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud. *Rev Cubana Invest Bioméd*. 2017; 36(1): 1-10.
5. Melle Hernández M. La responsabilidad social dentro del sector público. *Ekonomiaz*. 2007; 65: 84-107.
6. Chumaceiro A.C., Hernández de Velazco J., Conil L.Y., Ziritt G. Responsabilidad social empresarial y políticas públicas. *Revista de ciencias sociales*. 2013; 19 (2): 309-321.
7. Direcció General de Contractació Pública. Codi per a una Contractació pública Socialment responsable Generalitat de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017.
8. Direcció General de Contractació Pública. Visor de Datos de la DGCP [base de datos en Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [acceso 3 oct 2020]. Disponible en: <https://contractacio.gencat.cat/ca/difusio/publicacions/indicadors/grafics/>
9. Carter, C. Ethical issues in international buyer-supplier relationships: a dyadic examination. *Journal of Operations Management*. 2000; 18:191-208.
10. Hutchins M., Sutherland J. An Exploration of Measures of Social Sustainability and their Application to Supply Chain Decisions. *Journal of Cleaner Production*. 2008; 16: 1688-1698. DOI 10.1016/j.jclepro.2008.06.001.
11. Mejías Sacaluga A., García Arca J., Prado Prado J.C., Fernández González A.J., Comesaña Benavides J.A. Modelo para la aplicación de la Responsabilidad Social Corporativa en la Gestión de la Cadena de Suministro. *Dirección y Organización*. 2011; 45: 20-31.
12. Cruz Trejos E.A., Correa Espinal A.A., Cogollo Flórez J.M. Responsabilidad social de cadenas de suministro. *Gestión y Región*. 2012; 13: 89-106.
13. Forética. Las claves de la compra pública responsable. Madrid: Forética; 2012.
14. Club de Excelencia en Sostenibilidad. VI Estudio multisectorial sobre el estado de la responsabilidad corporativa de la gran empresa en España [internet]. Madrid: Club de Excelencia en Sostenibilidad; 2017 [consultado 4 sep 2020]. Disponible en: <http://club sostenibilidad.org/admin/resources/publicaciones/Estudio-Multisectorial-2017.pdf>
15. Urdaneta González E., Villalobos Antúnez J. Bioética como marco de la responsabilidad social en hospitales públicos. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*. 2016; 12: 830-856.

16. Rodríguez Cala A., Calle Rodríguez C., Zöller B., Pons Rodríguez A., Durán García N. Responsabilidad social corporativa en los hospitales catalanes: ¿qué nos dicen sus webs? *Revista de Comunicación y Salud*. 2017; 7: 13-28. DOI 10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7(1).13-28
17. Rodríguez Cala A., Calle Rodríguez C., Durán García N., Zöller B., Pons Rodríguez A. Responsabilidad social corporativa en los centros de la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña. *Gac Sanit*. 2019. DOI 10.1016/j.gaceta.2019.06.001.
18. Medina-Aguerreberre P. La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional *Rev Esp Comun Salud*. 2012; 3(1): 77-87.
19. Sedisa. Implementación de la RSC en las organizaciones sanitarias [internet]. Madrid: Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa); 2018 [consultado 17 sept. 2020]. Disponible en: <https://sedisa.net/wp-content/uploads/2018/07/ResultadosSondeoRSC-SEDISA.pdf>
20. Colomé R., Ayuso S. Gestión responsable de la cadena de suministro: retos para las PYMES. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2014. Documento de trabajo número 20. Cátedra MANGO de Responsabilidad Social Corporativa.
21. Fundació Factor Humà Cadena de suministro responsable [internet]. Barcelona: Fundació Factor Humà; 2011. Disponible en: https://factorhuma.org/attachments_secure/article/8993/cadena_subministrament_cast.pdf.



Elaboración de un Plan de mejora de Calidad y Seguridad Alimentaria en la sanidad chilena. Cambio del modelo organizativo en el sistema de producción de alimentación



Catalina Suñer Bustillos

catalina.suner.bustillos@gmail.com



David Pahissa López

Subdirector de Gestió Econòmica. Direcció Recursos Econòmics. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

david.pahissa@vallhebron.cat

ABSTRACT

The food service in a health center located in Santiago de Chile which will double its bed capacity has been analyzed. A series of modifications that involve changes at the organizational and structural level are proposed. VAN, productivity ratios, direct operating cost ratios and annual profit have been calculated to compare the current situation in hotline with the proposal in coldline.

The work model in coldline is based on the Organization and Operation Manual (MOF) and the protocolization of processes/activities. The work is cyclical and specific to each process/activity in order to guarantee food safety and quality.

The investment required to change the production line is €299,447. The return on investment has been calculated at 45.55%.

The proposal is profitable and viable. It is advisable to change the production line to cover the budgeted needs of the food service and comply with Food Safety and Quality regulations.

KEYWORDS

Cold Line, Food Quality, Food Safety

RESUMEN

Se ha analizado la situación actual del servicio de alimentación de un centro sanitario ubicado en Santiago de Chile el cual duplicará su capacidad de camas. Se proponen una serie de modificaciones que involucran cambios a nivel organizativo y de estructura. Para comparar la situación actual en línea caliente (LC) con la propuesta en línea fría (LF) se han efectuado los cálculos de valor actual neto (VAN), ratios de productividad, ratios de coste operativo directo y utilidad anual.

El modelo de trabajo en LF funciona en base al Manual de Organización y Funcionamiento (MOF) y la protocolización de procesos/actividades. El trabajo es cíclico y específico para cada proceso/actividad de manera que garantiza la seguridad y calidad alimentaria.

La inversión necesaria para realizar el cambio de línea de producción es de 299.447,00€. El retorno de inversión se ha calculado en el 45,55%.

Se concluye que la propuesta es rentable y viable. Se aconseja el cambio de línea de producción para dar cobertura a las necesidades del servicio de alimentación presupuestadas y cumplir con las normativas de seguridad y calidad alimentaria.

PALABRAS CLAVE

Línea Fría, Calidad Alimentaria, Seguridad Alimentaria

INTRODUCCIÓN

El servicio de alimentación de un centro sanitario tiene como objetivo central la nutrición, además, debe ser capaz de cumplir con todas las normativas de seguridad alimentaria, adaptándose a las distintas necesidades que requieren las múltiples condiciones de salud y preferencias, hábitos o cultura por parte de los usuarios.

La producción de estos grandes volúmenes de alimentos necesita la perfecta coordinación entre el servicio de alimentación y las distintas unidades de hospitalización. Comúnmente las Unidades Centrales de Producción (UCP) se encuentran dentro de las mismas instituciones sanitarias.

Dichas UCP usualmente dividen sus funciones en 3 procesos fundamentales: almacenamiento, producción y distribución.

La línea fría (LF) es un sistema de producción que consiste en producir y enfriar rápidamente los alimentos, mantenerlos a una temperatura de +3 °C y regenerarlos justo antes del servicio manteniendo todas las cualidades organolépticas. Modelo que permite disociar el momento de distribución con el de servicio. Este sistema de trabajo requiere de solo 5 turnos de trabajo para 7 días de servicio completo y logra cumplir con la reglamentación CE para medianos y grandes establecimientos.

Los alimentos pueden almacenarse a temperaturas +3°C de manera segura y manteniendo sus cualidades organolépticas hasta por cinco días (considerando el día de fabricación y consumo), garantizando el cumplimiento de la reglamentación CE.

El servicio de alimentación actual funciona en LC proporcionándole servicio hasta 200 camas de pacientes sumado al personal asistencial y no asistencial. En esta modalidad de trabajo el personal de cocina es necesario en extensos horarios, trabajando a altos volúmenes de producción en tiempos *peak* y bajos volúmenes de producción en tiempos valle.

Se plantea un cambio en el tipo de producción del servicio de alimentación en un contexto de crecimiento institucional hacia 400 camas. Modificando el método de gestión desde la LC hacia LF como una forma innovadora de organizar el servicio, cumpliendo con las necesidades actuales de pacientes/personal y con la estricta reglamentación CE, además de reducir los costes y entregar un servicio de calidad.

CONTENIDO

Se ha analizado el escenario actual de la institución en crecimiento. Y se han obtenido datos respecto a su funcionamiento, considerándose los 3 procesos fundamentales: almacenamiento, producción y distribución.

Mediante el análisis por procesos de la situación actual (LC), se ha creado una propuesta en LF que garantiza la seguridad y calidad alimentaria y logra dar cobertura a la expansión planificada para el 2022. Para mostrar la viabilidad y rentabilidad del proyecto se ha calculado el valor actual neto (VAN) con una proyección a 4 años y, en ambos casos, se han calculado las ratios de productividad y de coste operativo directo.

1. ESCENARIO ACTUAL: LÍNEA CALIENTE, 200 CAMAS

Sistema de producción en línea caliente, diseñado para dar cobertura hasta 200 camas de pacientes sumado al personal. El funcionamiento de la cocina tiene un horario de producción de 12 horas consecutivas diarias durante todo el año, sin embargo, el funcionamiento del servicio es de 24 horas. El equipo necesario para dar cobertura durante una jornada completa es de 51 personas.

La producción de alimentos va dirigida hacia los pacientes hospitalizados y personal de la institución, se realiza de manera paralela en la misma UCP. Abarca la totalidad de comidas requeridas durante toda la estadía de todos sus pacientes. Con una totalidad de 200 camas y considerando el 85% de su ocupación, semanalmente se efectúa una producción de 1.190 dietas. Además de encargarse del servicio de alimentación para el personal asistencial/no asistencial por medio del funcionamiento del sistema de barra de autoservicio ubicado en el comedor adyacente a la cocina.

2. PROPUESTA: LÍNEA FRÍA, 400 CAMAS

Sistema de producción en línea fría, diseñado para dar cobertura hasta 400 camas de pacientes y personal asistencial/no asistencial. La producción necesita un horario de 7 horas diarias únicamente en días hábiles (lunes a viernes). El funcionamiento del servicio mantendrá la cobertura de 24 horas. Para planificar la proyección hacia 400 camas en LF, se consideró al 60% de la plantilla actual de producción en caliente (200 camas). La UCP utilizará la misma infraestructura, pero requerirá de inversiones tanto en maquinaria como en zonas de almacenamiento considerando que se debe duplicar la producción y la tecnología que requiere la LF.

Se desarrollará un Manual de Organización y Funcionamiento (MOF) por parte del equipo de cocina con participación de otros servicios involucrados. El MOF describirá y establecerá las funciones básicas y específicas y las relaciones de autoridad, dependencia y coordinación, así como los requerimientos de los puestos de trabajo¹.

La elaboración del Plan dietético-nutricional se encuentra a cargo del equipo de nutricionistas y cocineros. La configuración de las fichas técnicas es un proceso fundamental para garantizar la homogeneidad de las comidas y la protocolización disminuye los riesgos de error o contaminación, favoreciendo la autosostenibilidad del sistema y mejorando el rendimiento productivo.

Para conseguir una adecuada gestión, es indispensable contar con un programa informático capaz de establecer dietas para situaciones especiales, patologías, alergias alimentarias, aspectos socioculturales o religiosos. La demanda debe ser traducida por medio del programa informático en producción. Además, el programa debe contar con aplicaciones que sean capaces de facilitar la planificación del almacenaje, producción y distribución¹.

RESULTADOS

Análisis comparativo por VAN Escenario actual (LC) y Propuesta (LF) Cálculo de VAN proyectado hacia 4 años en ambos escenarios:

1. Producción en LC, 200 camas
2. Producción en LF, 400 camas

1. ANÁLISIS POR ÍTEM

Se ha considerado un aumento del 3% anual correspondiente al valor meta establecido de inflación por el Banco Central de Chile².

1. Pensión pacientes

La producción para 200 camas genera una ganancia anual de 500.629,32 euros/año. Una vez aumentada la cantidad de camas a 400 este monto se incrementa a 1.001.258,63 euros/año, equivalente al doble de la ganancia anterior.

Año	1	2	3	4	Total
Pensión pacientes	- 500.629,32 €	- 515.648,20 €	- 557.673,53 €	- 574.403,73 €	- 2.148.354,78 €
Comedor personal	- 530.078,10 €	- 545.980,44 €	- 590.477,85 €	- 608.192,18 €	- 2.274.728,58 €
Mano de obra personal	275.389,53 €	283.651,22 €	292.160,75 €	300.925,57 €	1.152.127,07 €
Materias primas	257.676,85 €	265.407,16 €	273.369,37 €	281.570,45 €	1.078.023,83 €
Suministros generales	41.228,30 €	42.465,15 €	43.739,10 €	45.051,28 €	172.483,83 €
Obra almacén producción	- €	- €	- €	- €	- €
Maquinaria	- €	- €	- €	- €	- €
Mantenimiento	6.000,00 €	6.180,00 €	6.365,40 €	6.556,36 €	25.101,76 €
Otros gastos (amortización)	- €	- €	- €	- €	- €
<i>Utilidad</i>	- 450.412,74 €	- 463.925,12 €	- 532.516,75 €	- 548.492,25 €	- 1.995.346,87 €

Tasa dto.	3%
VAN situación 1	- 874.587,84 €

Tabla 1. Flujo de caja escenario actual (LC, 200 camas). Cálculo de VAN proyectado a 4 años.

Año	1	2	3	4	Total
Pensión pacientes	- 1.001.258,63 €	- 1.031.296,39 €	- 1.115.347,04 €	- 1.148.807,46 €	- 4.296.709,52 €
Comedor personal	- 1.060.156,20 €	- 1.091.960,89 €	- 1.180.955,70 €	- 1.216.384,37 €	- 4.549.457,15 €
Mano de obra personal	235.147,33 €	242.201,75 €	249.467,80 €	256.951,84 €	983.768,72 €
Materias primas	412.282,30 €	424.650,77 €	437.390,29 €	450.512,00 €	1.724.835,36 €
Suministros generales	103.070,74 €	106.162,86 €	109.347,75 €	112.628,18 €	431.209,53 €
Alquiler almacén producción	30.000,00 €	30.900,00 €	31.827,00 €	32.781,81 €	125.508,81 €
Maquinaria	45.000,00 €	- €	- €	- €	45.000,00 €
Mantenimiento	11.000,00 €	11.330,00 €	11.669,90 €	12.020,00 €	46.019,90 €
Otros gastos (amortización)	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	12.000,00 €
<i>Utilidad</i>	- 1.221.914,46 €	- 1.305.011,89 €	- 1.453.600,00 €	- 1.497.298,00 €	- 5.477.824,36 €

Tasa dto.	3%
VAN situación 2	- 2.416.423,59 €

Tabla 2. Flujo de caja propuesta (LF, 400 camas). Cálculo de VAN proyectado a 4 años.

2. Comedor personal

Con la producción anual para personal asistencial/no asistencial para 200 camas se obtiene una ganancia de 530.078,10 euros/año, una vez expandida la institución será de 1.060.156,20 euros/año.

3. Mano de obra personal

En LC 200 camas se requieren de 51 trabajadores lo que refleja un coste en mano de obra de 275.389,53 euros. La LF reduce esta cantidad a 42 trabajadores generando un coste de 235.147,33 euros/año.

4. Materias primas

En el escenario actual se ha calculado un coste de 257.676,85 euros/año, equivalente al 25% del coste de venta o ganancia. En LF se estima un coste de 412.228,30 euros/año, equivalentes al 20% del coste de venta. Para realizar la producción proyectada se requiere incrementar la compra de materias primas en 154.605,45 euros/año .

5. Suministros generales

La LC tiene un coste equivalente al 4% del valor de venta, en el escenario actual se ha calculado un coste de 41.228,30 euros/año. En LF el almacenamiento requiere climatización lo cual impacta en el coste de la electricidad. Se estima un coste de 103.070,74 euros/anuales equivalentes al 5% del valor de ganancia/venta.

6. Obra almacén producción

Para suplir esta necesidad y dadas las condiciones arquitectónicas actuales, se propone considerar el alquiler de un almacén exclusivo para el almacenamiento de la producción. Este alquiler genera un gasto de 30.000,00 euros/anuales.

Para efectuar el cálculo del volumen del almacén necesario, se tomó como guía un servicio de alimentación con funcionamiento en LF con un nivel de producción similar al estudiado. Se requerirían 75 m² correspondientes a zonas de almacenaje³.

7. Maquinaria

El funcionamiento del servicio actualmente ya cuenta con la maquinaria necesaria, considerada como amortizada dada la antigüedad del servicio. En LF se necesita maquinaria específica para los procesos de abatimiento y regeneración. Dicha inversión tiene un importe de 45.000,00 euros; a amortizar en 15 años según el SII⁴.

8. Mantenimiento

Para realizar estos cálculos se han utilizado valores estándares según la actividad. En el caso de LC 6.000,00 euros/año y en la LF 11.000,00 euros/año.

2. DIFERENCIALES VAN

Análisis por diferencias en salida de caja: Línea caliente (200 camas) v/s Línea fría (400 camas).

En ambos casos resulta un valor de VAN positivo, lo que permite establecer que en cada escenario el dinero invertido en el proyecto renta a una tasa superior respecto a la tasa de oportunidad. Al evaluar el diferencial de VAN situación actual LC v/s propuesta en LF, se obtienen 1.541.835,75 euros, cifra que indica una mayor rentabilidad en la LF.

3. CÁLCULO DE PRODUCTIVIDAD Y COSTES OPERATIVOS DIRECTOS MENSUALES

1. Escenario actual LC, 200 camas:

- Ratio de productividad: 55.83 nº de dietas/hora

Año	1	2	3	4	Total
Pensión pacientes	- 500.629,31 €	515.648,19 €	557.673,52 €	574.403,72 €	2.148.354,74 €
Comedor personal	- 530.078,10 €	545.980,44 €	590.477,85 €	608.192,18 €	2.274.728,58 €
Mano de obra personal	- 40.242,20 €	41.449,47 €	42.692,95 €	43.973,73 €	168.358,35 €
Materias primas	154.605,45 €	- 159.243,61 €	- 164.020,92 €	- 168.941,55 €	- 646.811,53 €
Suministros generales	61.842,44 €	- 63.697,71 €	- 65.608,65 €	- 67.576,90 €	- 258.725,70 €
Obra almacén producción	30.000,00 €	- 30.900,00 €	- 31.827,00 €	- 32.781,81 €	- 125.508,81 €
Maquinaria	45.000,00 €	- €	- €	- €	- 45.000,00 €
Mantenimiento	5.000,00 €	- 5.150,00 €	- 5.304,50 €	- 5.463,64 €	- 20.918,14 €
Otros gastos (amortización)	3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 3.000,00 €	- 12.000,00 €
<i>Diferencial de utilidades</i>	- 771.501,72 €	841.086,77 €	921.083,25 €	948.805,75 €	1.939.474,05 €

Tasa dto.	3%
VAN diferenciales	1.541.835,75 €

Tabla 3. Diferencial de VAN y flujo de cajas entre escenario actual y propuesta en LF.

- Ratio de coste operativo: 0.42 nº de dietas/€
2. Propuesta en LF, 400 camas:
- Ratio de productividad: 287.14 nº de dietas/hora
 - Ratio de coste operativo: 0.64 nº de dietas/€

4. CÁLCULO DE INVERSIÓN

Para instaurar la LF se requiere una inversión inicial correspondiente a 299.447,89 €, correspondientes al siguiente desglose:

- Incremento de compra de materias primas: 154.605,45 €
- Incrementos en costes de electricidad: 61.842,44 €
- Coste alquiler para almacenaje: 30.000,00 €
- Inversión en maquinaria: 45.000,00 €
- Aumento del coste de mantenimiento: 5.000,00 €
- Otros gastos: 3.000,00 €

5. RETORNO DE INVERSIÓN (ROI)

Las utilidades en la propuesta en LF son de 1.221.914,46 euros/año, el valor total de la inversión es de 839.500,37 euros, por lo tanto, el ROI sería del 45,55%.

CONCLUSIONES

La normativa en el sector alimentario se ha visto endurecida durante los últimos años. La legislación respecto a la higiene es la que ha obligado a las UCP a adaptarse para poder continuar funcionando y cumpliendo las Normas de Seguridad Alimentaria. La LF es una alternativa innovadora de producción que garantiza el cumplimiento de las Normas de Seguridad Alimentaria. Al utilizar las técnicas propias de la LF (abatimiento y regeneración) las comidas son almacenadas y distribuidas a temperaturas donde no existe exposición y además se disminuye la proliferación microbiológica.

La protocolización de procedimientos disminuye el riesgo de error/contaminación, y además garantiza la seguridad alimentaria y cumplimientos de la normativa vigente.

La LF a diferencia de la LC, disocia la producción del momento de servicio. Esta característica es la que determina una estructura diferente de trabajo, en la cual se favorece la producción durante momentos de trabajo valle y la distribución en momentos de trabajo *peak*. La nueva distribución de tareas mejora el clima laboral, no existe la presión de trabajo a contrarreloj para lograr la entrega oportuna de las diferentes dietas y permite que la mayoría del personal desempeñe sus labores en días hábiles.

Como medida para mitigar el impacto sobre el personal de la UCP, la propuesta en LF considera la capacitación del personal actual en LF con el fin de reubicar y restablecer las funciones de los trabajadores. Sin embargo, será necesario el despido de 11 trabajadores; para determinar a dichas personas se evaluará caso a caso y se favorecerá la contratación según trayectoria profesional, bonificando a quienes no deseen continuar con este nuevo formato de trabajo o estén cercanos al período de jubilación.

Al comparar ambos escenarios, la propuesta hacia 400 camas obtiene el doble de ganancias debido a que va dirigida hacia el doble de usuarios, sin embargo, porcentualmente hablando la inversión es menor a la necesaria para aumentar la producción en LC.

La formación y tutela son pilares fundamentales para mantener la calidad y seguridad alimentaria. El plan de formación integral, continua y específica de todo el personal de la UCP sumado al plan de tutela favorecen la gestión del sistema y permiten la actualización del mismo, de manera que se obtiene un servicio que cumple con todos los criterios de seguridad y calidad alimentaria.

Para dar cobertura a las necesidades presupuestadas para el 2022 y garantizar la seguridad y calidad alimentaria se recomienda el cambio a producción en LF. El servicio actualmente necesita un amplio equipo en cocina y grandes esfuerzos para entregar un servicio de calidad.

El crecimiento de la institución planificado para el 2022 implicaría duplicar la producción del servicio de alimentación. En el caso de mantener el sistema en LC sería necesaria la contratación de más personal, materiales, reacondicionamiento de espacios, entre otros. Independientemente del aumento del coste operativo, mantener la producción en LC es factible. Sin embargo, dado el sistema de trabajo y los procesos necesarios para entregar el servicio en LC, se vuelve cada vez más difícil cumplir con la reglamentación vigente respecto a las normativas de seguridad y calidad alimentaria. A raíz de este problema se ha investigado y creado otras líneas de producción de alimentos. La inversión en tecnología orientada a incrementar la productividad de los recursos parece crítica para la sostenibilidad del sector.

La LF se sustenta en el desarrollo de un sistema organizativo específico y único para cada centro. Este sistema definirá la estructura interna del equipo al igual que cada uno de los procesos/procedimientos a realizar. La normativa sobre seguridad alimentaria es determinada por cada país, sin embargo, con el paso del tiempo, nuevas necesidades y descubrimientos; son cada vez más estrictas para cumplir con las medidas de higiene solicitadas. El sistema

de producción en LF está diseñado para el cumplimiento de esta norma debido a que dentro de los protocolos de trabajo mantiene un control exhaustivo de los elementos incluidos en la normativa (cruce de material desde áreas sucias a limpias, control APPCC, etc.).

La tecnología propia de la LF permite disociación física y temporal del proceso de producción y distribución, esta característica permite preparar de manera adelantada las dietas y regenerarlas justo antes del momento de consumo. Debido a que es posible anticipar las necesidades de producción, estas no tienen relación con los horarios de servicio y, por lo tanto, no se requiere un trabajo continuado. Para producir la demanda de siete días, la LC trabaja durante 14 turnos y la LF durante solo 5 turnos.

El coste operativo directo para la producción de alimentos (LC y LF) engloba: mano de obra, suministros generales y materias primas. La reducción del horario de producción sumado a la automatización de procesos por la maquinaria de LF reducen la necesidad de personal cualificado. Para producir en LC el consumo de gas es fundamental, en el caso de la LF el mayor consumo es eléctrico por las necesidades de almacenamiento, pero dado que los horarios de producción se reducen, el coste de suministros es proporcionalmente menor.

Al evaluar económicamente cada escenario se ha podido establecer que actualmente (LC, 200 camas) tienen un ratio de producción de 55.8 dietas/hora y un ratio de coste operativo directo de 0.42 dietas/euros. La propuesta en LF abarca la expansión presupuestada con un ratio de producción de 287.14 dietas/hora y un coste operativo directo de 0.64 dietas/euros.

Es importante considerar que la UCP será la misma con modificaciones, por lo tanto, a pesar de que el coste del proyecto completo es de 839.500,37 €, solo se requerirán de 299.447,00 € como inversión inicial para efectuar el cambio de líneas de producción. Las utilidades anuales han sido calculadas en 1.221.914,46 €, por lo tanto, tras el primer año de funcionamiento se recuperará dicha inversión.

Para determinar la viabilidad del proyecto, se utilizó como indicador financiero el cálculo de VAN proyectado hacia 4 años en ambos escenarios LC y LF. Ambos casos muestran viabilidad, sin embargo, una diferencia de 1.541.835,75 € indica que la LF es mejor opción en términos económicos.

El servicio de alimentación actualmente se encuentra externalizado y está compuesto por 51 trabajadores. El cambio de modelo propuesto involucraría desistir de la

externalización y, por lo tanto, al despido del personal. Como medida para mitigar el conflicto social esperable, se ha propuesto como estrategia la capacitación y reubicación del personal de la actual UCP a la propuesta en LF. Evidentemente no todos los trabajadores podrán ser reubicados, por lo que se fomentará la contratación según trayectoria profesional y se bonificará a quienes renuncien voluntariamente.

La formación y tutela continua son pilares fundamentales para mantener la calidad y seguridad alimentaria. La alineación y formación del personal en los distintos procesos de la LF sumado al potente sistema protocolizado mantienen el ajuste específico que permite optimizar recursos, aumentar la producción y adaptarse a las demandas emergentes de los usuarios cumpliendo con la normativa vigente.

Se puede concluir que la implantación de la propuesta en LF asegura la calidad y seguridad alimentaria hospitalaria, además, es una propuesta atractiva económicamente hablando dada la optimización en los ratios de producción y coste operativo directo, el análisis de VAN y las utilidades proyectadas. La inversión requerida es relativamente baja considerando las utilidades presupuestadas y sería recuperada tras el primer año de funcionamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bouetard J., Santos J., editores. La ingeniería de los procesos y la formación. En: La línea fría completa organización de cocinas centrales. España: Innova concept; 2009. pp. 195–257.
2. Banco Central de Chile. Informe de Política Monetaria (IPoM). [Internet], Santiago; 2020. Obtenido en: <https://www.bcentral.cl/web/banco-central/areas/politica-monetaria/informe-de-politica-monetaria-ipom>.
3. Bouetard J., Santos J., editores. Vivencias y experiencias de la LFC en España. En: La línea fría completa organización de cocinas centrales. España: Innova concept; 2009. pp. 493–541.
4. Servicio de Impuestos Internos de Chile. tabla de vida útil de los bienes físicos del activo inmovilizado. [Internet], Santiago; 2019. Obtenido en: http://www.sii.cl/valores_y_fecha/tabla_vida_util_activo_inmovilizado.html.

Reingeniería de la programación ambulatoria



Juan Antonio Martínez López

Director d'Atenció a la Ciutadania i Admissions

j.martinez@fsm.cat



Juan Maria Ferrer Tarrés

Director de Calidad, Docencia e Investigación.

Fundació Sanitària Mollet.

jm.ferrer@fsm.cat

ABSTRACT

Absenteeism at scheduled appointments for ambulatory visits has a high impact on costs and efficiency of outpatient care. This represents between 15-30% of total visits. Information and communication technologies can help reduce the impact of absenteeism in outpatient consultations.

An analysis of the behavior of Trauma and Ophthalmology departments was carried out, identifying as main improvement areas: percentage of non-appearances, patient satisfaction, waiting times and scheduling errors.

A platform for cancelling visits was implemented. This allowed a decrease in cancellations in both services. In the case of Ophthalmology, it was also decided to internalize the service again, in order to improve response capacity.

The use of mobile technologies is increasingly frequent and is part of people's lives. Its use for the confirmation or early cancellation of visits allows a better management and greater patient satisfaction

KEYWORDS

Outpatient Consultation, Absenteeism, Information and Communication Technologies, Satisfaction, Efficiency

RESUMEN

El ausentismo en las citas programadas de visitas o exploraciones complementarias tiene una elevada incidencia en los costos y en la eficiencia de la atención ambulatoria. Esta realidad supone entre el 15-30% del total de visitas. Las tecnologías de la información y comunicación pueden servir de ayuda para disminuir el impacto del ausentismo en las consultas externas.

Se ha realizado un análisis del comportamiento de los Servicios de Traumatología y Oftalmología, identificándose como principales puntos de mejora: disminuir el porcentaje de incomparecencias, aumentar la satisfacción de las personas usuarias, disminuir los tiempos de espera en la programación posterior a la visita y los errores de programación.

Se ha implantado una plataforma de anulación de visitas por parte de los especialistas, que ha permitido constatar una disminución de anulaciones en ambos servicios. En el caso de la Oftalmología se optó además por internalizar de nuevo el servicio con el fin de mejorar la capacidad de respuesta.

El uso de las tecnologías móviles cada vez más frecuente, forma parte de la vida de la mayoría de personas. Su utilización para la confirmación o anulación anticipada de visitas permite una mejor gestión y una mayor satisfacción final de los usuarios.

PALABRAS CLAVE

Consulta Externa, Ausentismo, Tecnologías de la Información y la Comunicación, Satisfacción, Eficiencia

INTRODUCCIÓN

El ausentismo en las citas tiene una elevada incidencia en los costos y en la eficiencia de la atención ambulatoria, tanto en la consulta como en los estudios complementarios, por lo que es muy importante su monitorización para tomar medidas y poder reducir dicho porcentaje. El porcentaje de ausentismo en las consultas externas en muchas instituciones sanitarias se sitúa entre el 15 y 30%.

La preocupación por la prestación de unos servicios de atención que sean costos eficientes, de alto valor profesional y centrado en las necesidades de salud de la población, ha sido una constante en las organizaciones dedicadas a la salud. Muchos hospitales conscientes del impacto del ausentismo sobre los costos y la calidad de la atención implementan distintas metodologías. En este sentido, las tecnologías de la información y comunicación son de gran ayuda para disminuir el impacto del ausentismo en las consultas externas.

En los últimos años se han incrementado las publicaciones en relación con la calidad de la atención, las mejores prácticas clínicas, la eficiencia de los servicios y la orientación a resultados en salud, seguramente influenciados por numerosos factores como son la situación socioeconómica actual, la tecnificación de la atención, el incremento del nivel de exigencia de la población, sus expectativas como ciudadanos y el cambio conceptual de salud, entre otros. La importancia de la Gestión Clínica (GC) ha sido capital y actualmente todas las organizaciones buscan formas innovadoras para aplicarla. Se entiende la GC como un modelo organizativo que considera a la persona usuaria de los servicios prestados el centro del sistema sanitario, que se orienta hacia el proceso buscando la continuidad asistencial y que posibilita la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones. Su finalidad no es otra que la de optimizar la gestión de los recursos disponibles y proporcionar soluciones a las necesidades sanitarias de los ciudadanos. Asimismo, la micro gestión fundamentada en la gestión clínica y de cuidados supone dotar a los profesionales sanitarios de los incentivos, la información y la infraestructura física y organizativa necesarias para tomar decisiones asistenciales de una forma costo-efectiva y con orientación a la persona usuaria del servicio. Diferentes estudios demuestran la relación positiva existente entre la GC y variables como: implicación de los profesionales, satisfacción percibida por la persona usuaria del servicio, eficiencia de los servicios y promoción de la cultura de mejora.

La Fundación Sanitaria de Mollet (FSM) es una entidad sin ánimo de lucro que actualmente gestiona centros sanitarios, sociosanitarios y de atención a la dependencia. La institución se caracteriza por una vocación de servicio

a la población, arraigada y comprometida con el territorio, de respeto y sostenibilidad. Su misión está orientada a prestar una atención eficiente, de calidad y centrada en las necesidades de las personas. Su área de referencia abarca una población de 165.000 habitantes de 11 municipios del Vallés Oriental y del Vallés Occidental.

El proceso de atención ambulatoria tiene como objetivo ofrecer una atención especializada y de calidad a la población de referencia. Cuenta con una estructura física de 50 dispensarios de atención ambulatoria y 20 boxes de hospital de día. Dispone de un líder de proceso de formación administrativa, encargado de la gestión operativa de las consultas y de los profesionales adscritos a la Dirección Enfermera.

Durante 2017 se realizaron un total de 176.463 visitas a la consulta externa (46.860 primeras visitas y 129.603 segundas visitas), 43.801 intervenciones y exploraciones en gabinetes de exploración y 10.079 sesiones en hospital de día. Generando una actividad total del proceso ambulatorio que supera las 200.000 visitas/año.

Teniendo en cuenta los principios de excelencia, la misión y la visión de la FSM, el volumen de actividad del proceso de atención ambulatoria y las diferentes especialidades que dan servicio a la población, y aprovechando la oportunidad de mejora continua que posibilita la gestión por procesos, se plantea la necesidad de diseñar e implementar mejoras concretas en el proceso de atención ambulatoria con el objetivo de ganar eficiencia y medir la percepción del servicio prestado.

Se plantea hacer un plan de mejora atendiendo a cuestiones muy básicas en relación con la programación de visitas en la consulta externa, debido a que este hecho es fuente de conflictos de manera recurrente, con un elevado número de reclamaciones por parte de la persona usuaria, un elevado coste económico, una infrautilización del espacio y de recursos humanos destinados a realizar la actividad y un incremento de recitaciones y listas de espera, generando una importante ineficiencia.

En el análisis se objetivan como principales puntos de mejora: disminuir el porcentaje de incomparecencias, aumentar la satisfacción de las personas usuarias del servicio y disminuir los tiempos de espera en la programación posterior a la visita y los errores de programación.

Se han seleccionado inicialmente dos servicios, Traumatología y Oftalmología, por el gran volumen de visitas que se realizan y por un aumento de reclamaciones en estos servicios por parte de los usuarios. El Servicio de Traumatología durante el 2017 tuvo un total de 32.092 visitas de las cuales 7.333 fueron primeras visitas y 24.759 segundas visitas, y el Servicio de Oftalmología tuvo 20.119 visitas de las cuales 5.235 fueron primeras visitas y 14.884 segundas visitas.

Los problemas del ausentismo en las consultas ambulatorias son, entre otros, los siguientes:

1. Para los facultativos especialistas, médicos de familia, población citada a consultas, enfermeros y auxiliares, personal administrativo y la Dirección del hospital de Mollet supone un tiempo de dedicación ineficiente y fuente de conflicto.
2. Socialmente no se percibe como un problema relevante y los usuarios lo perciben como un fallo exclusivo del sistema debido a las demoras que se derivan de su gestión.
3. Los costes económicos resultantes pueden ser elevados, ya que se produce un consumo de tiempo de trabajo no utilizado por la no presencia del paciente.

CONTENIDO

El objetivo principal del trabajo es determinar la mejor estrategia de gestión en la programación de la consulta externa del hospital, con criterios de eficiencia y satisfacción de la persona usuaria. Con ello se pretenden los objetivos de disminuir el tiempo de espera en las programaciones y reprogramaciones, reducir reclamaciones por falta de accesibilidad y disminuir las anulaciones no esperadas, incrementando la satisfacción de la persona atendida.

Con el fin de ganar eficiencia en el proceso de consulta externa y mejorar la percepción de las personas atendidas del servicio prestado, se planteó diseñar e implementar estrategias diferentes de gestión en los servicios de Traumatología y Oftalmología. Este proceso se inició en diciembre de 2017 y finalizó con la implantación de las mejoras durante el año siguiente. El proyecto se desarrolló en las fases de: revisión de proceso, aplicación de técnicas específicas de análisis de proceso, diseño e implantación de los planes de mejora y establecimiento de indicadores y evaluación de cada estrategia.

La metodología de revisión de proceso consistió en una primera fase de identificación de problemas, priorizando estos en función del impacto y la factibilidad de resolverlos y, finalmente, se plantearon las acciones de mejora a realizar y los indicadores para evaluarlas.

Para identificar problemas habituales, ineficiencias, factores que dificultan el proceso, posibilidades de mejora y expectativas de los profesionales se complementó la metodología de revisión con técnicas específicas de análisis como la matriz DAFO, diagrama de espina de pescado, grupo focal y encuestas de satisfacción.

La matriz DAFO se realizó con el objetivo de tener una visión macro de todo el proceso, pudiendo identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de mejora de estos servicios. Los grupos focales permitieron

recopilar el máximo de información posible buscando la participación de todas las categorías profesionales presentes en la consulta externa; estas reuniones tuvieron un objetivo claramente identificado y analizaron las diferentes estrategias de gestión en la programación de los dos servicios. Para profundizar en la problemática de consultas externas también se utilizó el Diagrama d' Ishikawa y el seguimiento del número de incomparecencias se monitorizó mensualmente con ayuda del programa SAP Clinic y la herramienta Ahora de SMS (Servicio de Mensajes Simple).

Para evaluar la satisfacción del paciente se administraron encuestas de satisfacción anónimas, elaboradas *ad-hoc* para las personas mayores que aceptaron participar en el estudio y que tuvieran visita programada en los servicios seleccionados. Asimismo, se utilizaron como referencia los resultados de las encuestas realizadas en el 2017 mediante el plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA) y se analizaron todas las reclamaciones durante el periodo de diciembre de 2017 a junio de 2018 que fueron atribuidas a los servicios de Traumatología y Oftalmología.

El Plan de encuestas de satisfacción es un proyecto que comenzó en 2001 para evaluar la calidad del servicio y el grado de satisfacción de los usuarios con los diferentes servicios sanitarios públicos, con el objetivo de obtener una información que resultara valiosa para diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad en la provisión de estos servicios.

La satisfacción es un sentimiento subjetivo de la persona receptora del servicio, que tiene un gran valor para la gestión. Cuantificarla permite evaluar la aceptabilidad de los esfuerzos de planificación y provisión de servicios y complementar los aspectos de eficiencia y efectividad.

En este sentido, los estudios del PLAENSA forman parte de la información de resultados que se presenta a la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña, se incorporan en los informes sectoriales de la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, dan apoyo a los objetivos del Plan de Salud y están disponibles en el portal de transparencia de la Generalitat.

En los últimos años, además de revisar periódicamente los instrumentos y la metodología utilizada con el objetivo de mantener la validez y objetividad de los estudios iniciales, se han añadido nuevos estudios de calidad de servicio y satisfacción de varios servicios, como la receta electrónica, el transporte sanitario no urgente, la oxigenoterapia a domicilio, la rehabilitación ambulatoria, la atención sanitaria telefónica o la opinión sobre los servicios recibidos en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Desde 2010 se ha avanzado en una nueva línea de trabajo donde las tecnologías de la información y la

comunicación tienen un papel importante en cuanto a la mejora de la eficiencia en el uso de los recursos y más rapidez en la obtención del resultado de las opiniones de la ciudadanía. Un ejemplo de esta apuesta son las encuestas en línea que el CatSalut pone a disposición de los centros sanitarios (encuestas PLAENSA) con los cuestionarios validados, para medir la calidad de servicio en el hospital de Mollet con mayor periodicidad y siguiendo la metodología de trabajo del PLAENSA©.

Con el objetivo de incorporar la voz de la ciudadanía en la contratación de los servicios, el CatSalut facilita a cada entidad proveedora los resultados específicos de las encuestas e incluye en los contratos de compra de servicios sanitarios y socio sanitarios cláusulas de satisfacción con objetivos anuales. De este modo, todas las entidades proveedoras que prestan servicios sanitarios pueden hacer progresar aquellos aspectos susceptibles de mejora según la percepción de los usuarios.

RESULTADOS

Respecto a los resultados de la encuesta PLAENSA 2017 se constata mejoría con relación a las encuestas realizadas en el 2014, aumentando por el contrario la insatisfacción respecto al espacio físico y al tiempo de espera entre solicitud y el día de visita en más de un 15% con relación al 2014.

Todo ello motivó el establecimiento de un plan de mejora con diferentes actuaciones:

1. Mejora en espacios físicos. En cuanto al número de personas en la sala de espera sigue en la misma línea y

se están poniendo las medidas para poder aumentar la satisfacción del paciente: se han remodelado varias salas de espera aumentando el confort, se han incorporado más sillas colocadas de manera más espaciada para que no se tenga la sensación de un espacio muy lleno y se han rotulado mejor las zonas de la Planta -1 para que las personas puedan identificar bien las ubicaciones.

2. Mejora de aviso y seguimiento del proceso. Se ha puesto en marcha la llamada mediante sistema NEMOQ para los pacientes de la Planta -1, ya que hasta ahora era el administrativo el que realizaba el paso a consulta.
3. Disminución de reprogramaciones, en marzo se pusieron en marcha varios planes de mejora para intentar disminuirlas.

Se diseñó una herramienta para que los especialistas pudieran cancelar las visitas y también se introdujeron modificaciones en horarios parciales de los pacientes que anulaban. Esto se desarrolló mediante ayuda de sistemas para tener un mayor control tanto por parte de la dirección como por parte del gestor de consultas externas y del coordinador; ya que se anulaban agendas con motivos no justificados, sin dar margen de maniobra para reubicar a los pacientes de las especialidades de Traumatología y Oftalmología y poder transmitirles la anulación y el nuevo día de visita.

Una vez realizada la petición por parte del médico que va anular o modificar la consulta, la solicitud llega a la dirección asistencial y al gestor/coordinador de consultas externas que la valoran. Al especialista se le comunica el cambio mediante un correo con un aplicativo que les avisa con tres tipos de icono (Pendiente, Aceptada

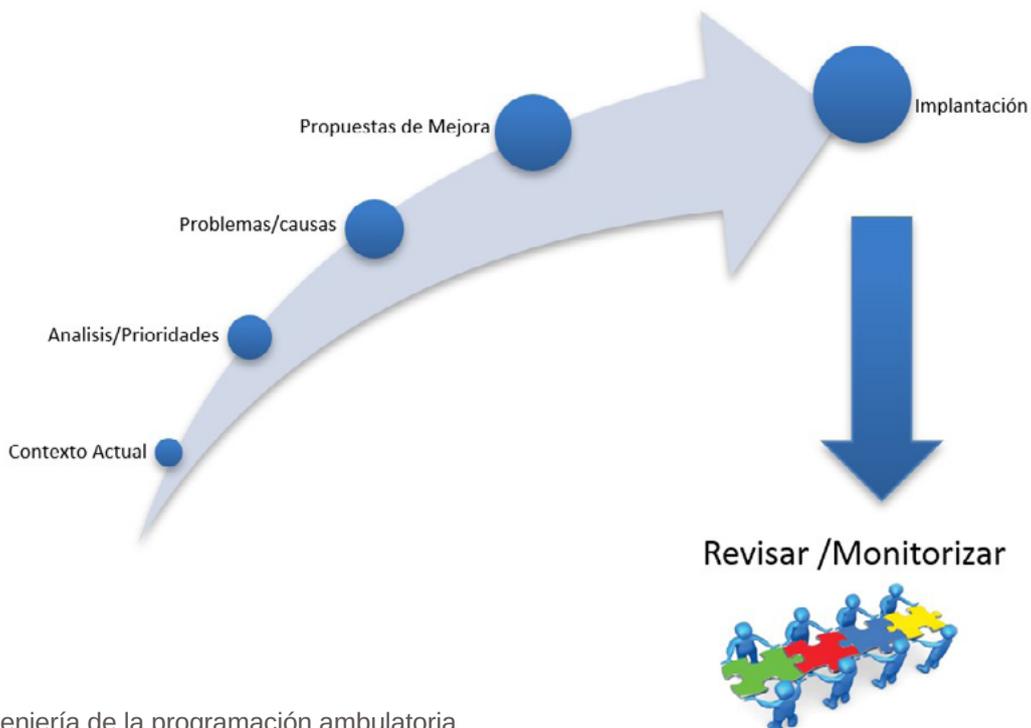


Figura 1. Reingeniería de la programación ambulatoria.

o Denegada). Con este sistema se consigue un mayor control de las anulaciones de los especialistas, ya que las peticiones han de estar validadas tanto por dirección como por el gestor/coordinador: hasta que ambos no aceptan o deniegan el icono no cambia. Además, al estar informatizado permite la trazabilidad de la solicitud y la opción de imprimir para poder archivar si fuera necesario por parte del departamento de control de agendas.

Durante ese año se produjo un incremento en las reprogramaciones en el mes de febrero, lo que fue debido a que Oftalmología tuvo bajas de facultativos no cubiertas. El hecho de que fuera un servicio compartido con otros centros del territorio (Hospital de Granollers, Hospital de Sant Celoni) dificultaba aún más poder reubicar a pacientes cuando existían anulaciones por parte del profesional, ya que los días que no ejercen en el hospital de Mollet tienen agenda comprometida en los demás centros sanitarios. Se observó una leve mejoría durante el mes de marzo, pero en abril y junio se dispararon las reprogramaciones; un motivo podría ser por el cierre de agendas en periodo vacacional que no estaba previstos y otro las bajas de varios especialistas y jubilaciones que no permitían cubrir esos espacios de agenda.

En cuanto al Servicio de Traumatología se observó una ligera mejoría en el descenso de reprogramaciones: de 255 que se reprogramaron en enero a 100 pacientes menos en el mes de junio. Pero las reprogramaciones totales volvieron a aumentar en los meses de mayo y junio, debido a que uno de los servicios de consultas externas se tuvo que rehacer de nuevo, suponiendo que una vez incorporado todo el equipo de especialistas, se

tuvieran que modificar todas las agendas anteriores para adaptarlas a los nuevos horarios y días.

Respecto a las reprogramaciones por parte del propio paciente han seguido un mismo patrón, aunque hay un ligero descenso en el mes de junio; lo que puede deberse a que en los meses de julio y agosto el número mensual de consultas es más reducido y hay menos visitas de paciente. También se observa que en el periodo de Semana Santa hay un repunte de reprogramaciones por parte del paciente y un aumento de pacientes no presentados. Durante estos meses se introdujo una figura nueva para poder dar respuesta a los pacientes que confirmaban negativamente la cita mediante el sistema Ahora de SMS, ya que tras analizar los datos de Ahora se vio que no había ninguna persona referente para gestionar la herramienta. La confirmación negativa no anulaba la cita programada y tampoco reprogramar una nueva visita hasta que el paciente llamaba para avisar, esto hacía que se perdieran huecos en las consultas externas y a su vez un aumento de la no satisfacción del paciente.

El número de pacientes no presentados en el hospital de Mollet estaba entre el 5-8%, porcentaje cercano al de hospitales con un similar volumen de visitas anuales.

En referencia a las reclamaciones, Oftalmología y Traumatología siguen siendo las dos especialidades donde los usuarios presentan mayor número de quejas; pero no todas tienen relación con el cambio de las visitas, muchas de ellas son para adelantar el periodo de garantía de las intervenciones quirúrgicas. En el Servicio de Oftalmología muchos de los pacientes que, después



Figura 2. Ratio de reprogramaciones durante los meses de enero a junio del 2018.

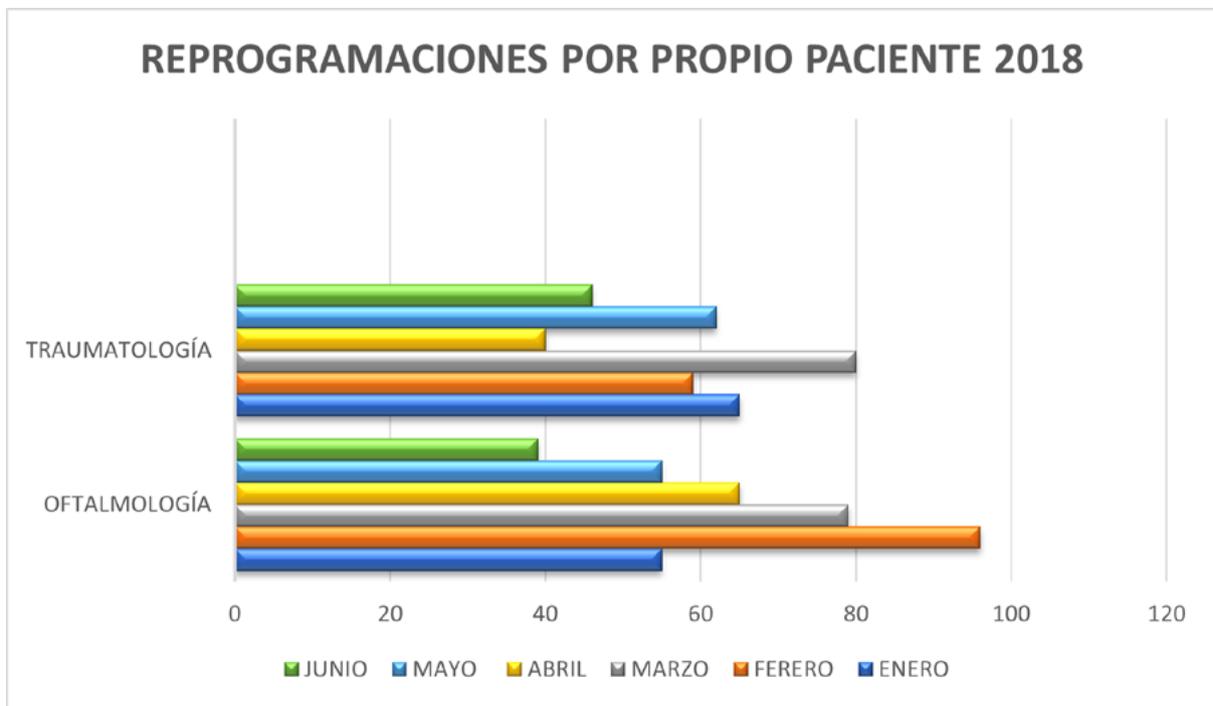


Figura 3. Ratio de reprogramaciones por parte del propio paciente durante los meses de enero a junio de 2018 en los servicios de Oftalmología y Traumatología.

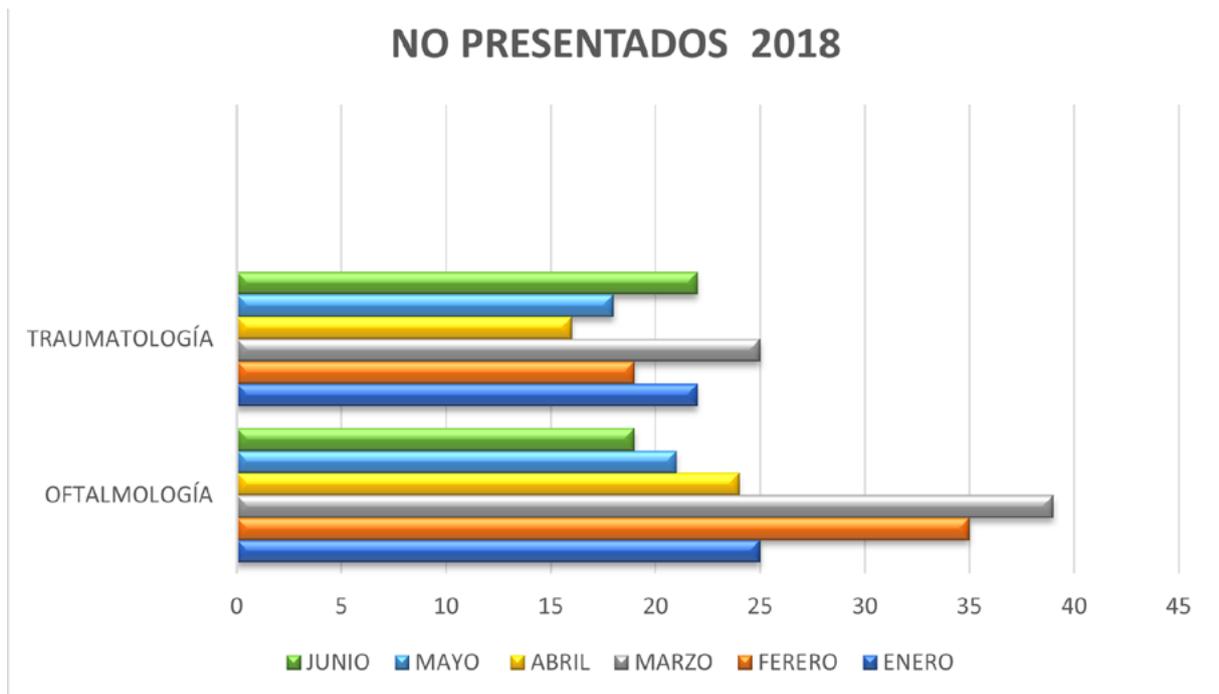


Figura 4. Número de pacientes no presentados durante los meses de enero a junio de 2018 en los servicios de Oftalmología y Traumatología.

de pasar por consultas externas, son incluidos en lista de espera quirúrgica con un periodo de garantía inferior a 365 días, ponen reclamaciones para poder adelantar la fecha de la intervención quirúrgica. En el Servicio de Traumatología muchas de las reclamaciones también son por este motivo.

CONCLUSIONES

Aunque inicialmente la herramienta no se utilizaba al 100%, el objetivo era que los profesionales se fueran adaptando y su uso terminara siendo obligatorio para

cualquier cierre o modificación de agenda. Durante los meses de implantación de la plataforma de anulación de visitas se vio una pequeña disminución de estas en el Servicio de Traumatología y en el Servicio de Oftalmología hubo un ligero descenso en las reprogramaciones.

Sin embargo, el poco cambio percibido en la organización y debido a un problema externo al hospital de Mollet por el que se comunicó que durante el último semestre del año 2018 podría haber un aumento considerable de reprogramaciones - en torno a 5.500 pacientes -, se decidió de una manera urgente articular un Servicio de

Oftalmología propio. Por lo que, de cara a final del año y de una manera expreso, se trabajó en la internalización de este Servicio, distribuyendo tanto días de consultas externas como días de quirófano. En diciembre de 2018 se contaba en el Servicio de Oftalmología propio con un 50% de recursos para dar salidas a las anulaciones y reorganizar agendas; y en enero de 2019 era un servicio internalizado, lo que ayudó a lograr un mayor control de la situación.

El uso de las tecnologías móviles es cada vez más frecuente y forma parte de la vida de la mayoría de personas, por lo que usar estas herramientas para acciones relacionadas con la salud es una opción cada vez más válida e incluso superior a otras formas de comunicación. Los pacientes cada vez hacen más uso de las aplicaciones móviles y, por lo tanto, es de esperar que el ratio contestación-confirmación aumente. Se está planteando incluso la posibilidad de desarrollar una *app* para que el paciente y el hospital de Mollet puedan interactuar a través de ella, tanto para todos los temas relacionados con visitas (anulaciones, cambios, etc.) como para preparaciones de pruebas y noticias relacionadas con el hospital.

Además, debe darse más importancia a la gestión de los procesos y al uso de las herramientas de comunicación por parte de los profesionales, ya que son actuaciones fundamentales para poder dar un buen servicio y, sobre todo, para el control de las desprogramaciones, que son un factor multicausal que debe atenderse ya que representan una ineficiencia para el propio hospital de Mollet.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatrad A. Archives of Disease in Childhood, Comparison of Asian and English non- attenders at a hospital outpatient department. 1997; 77; 423-426.
2. Isanta Pomar C., Rivera Torres P., Pedraja Iglesias M., Giménez Blasco N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. Revista Española de Salud Pública, 2000; vol. 74 n.3.
3. Sharp D., Hamilton W. Non-attendance at general practices and outpatient clinics. BMJ, 2001; 323; 1081-1082.
4. Koshy E., Car J., Majeed A. Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: Observational study. BMC Ophthalmology, 2008; 8:9.
5. Negro Álvarez J., Campuzano López J., Bernal Fernández T., Pellicer F., Martos Calahorro M., Martínez López R., Murcia Vivancos M., Ferrándiz Gomis R. Incumplimiento de las citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. Alergol Inmunol Clin ,2004; 19: 195-204.
6. Negro Álvarez J., Campuzano López J., Bernal Fernández T., Pellicer F., Martos Calahorro M., Martínez López R., Murcia Vivancos M., Ferrándiz Gomis R. Incumplimiento de las citas concertadas en pacientes de una consulta de Alergología. Alergol Inmunol Clin, 2002; 17: 295-302.
7. Negro Álvarez J., Félix Toledo R., Guerrero Fernández M., Campuzano López F., Bernal Fernández T., Pellicer F., Murcia Vivancos M., Ferrándiz Gomis R. Evaluación de los resultados obtenidos en el incumplimiento de citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología, al año de la implantación de un ciclo de mejora. Gestión Hospitalaria, 2004; 15 (1): 13-21.
8. Jensen K., Mayer TA., Welch S., Haraden C.. Leadership for Smooth Patient Flow: Improved Outcomes, Improved Service, Improved Bottom Line. Chicago: Health Administration Press with the Institute for Healthcare Improvement; 2007:XI.
9. Litvak E., Berheim S. The case for patient flow management. WebM&M. Patient Safety Network, Agency for Healthcare Research and Quality; November 2011.
10. Litvak E., Bisognano M. More patients, less payment: Increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform. Health Affairs. 2011;30:76-80.
11. Orueta R., Gómez-Calcerrada R., Redondo S., Soto M., Alejandro G., López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. Medifam 2001; 11: 140-146.

Perspectivas sobre el asma grave



Ignasi Tintoré Segura. MD MBA.
Médico consultor de empresas de salud
ignasi.tintore@tintoreasociados.com



Marisol Simón Fernández.
GAP MSc.
Secretaría Técnica Know How
Advisers Barcelona
msimon@knowhowadvisers.com



Boi Ruiz García. MD PhD.
Director Instituto Universitario de
Pacientes. UIC Barcelona
boi.ruiz@uic.es

ABSTRACT

The article analyzes how environmental factors, the role of the patient and the healthcare system influence patients with severe asthma, a disease that paradoxically has a high avoidable mortality rate -3 deaths per day in Spain-, despite the availability of highly effective treatments.

The negative impact of air pollution on the disease worsening is clear.

Patient empowerment is a healthcare strategy that has development opportunities and requires disease management training for patients. The different behavior of younger patients is noted.

Greater coordination between different care layers within the healthcare system could improve adherence to treatment, and pharmacies could play an important role.

In specialized care, a multidisciplinary approach is required, with the coordinated participation of pneumology, allergy, pediatrics, nursing, physiotherapy, nutrition and pharmacy professionals. The profiling of the treatable features of each patient would allow greater empowerment of the patient and a better disease evolution.

Raising the awareness of public opinion and the health administration is identified as an effective strategy to be followed, with a greater role for pneumologists.

KEYWORDS

Severe Asthma, Care Strategy, Adherence, Expert Patient, Patient Empowerment

RESUMEN

El artículo analiza cómo los factores ambientales, el rol del paciente y el sistema sanitario influyen en los pacientes con asma grave, una enfermedad que presenta, paradójicamente, una mortalidad evitable elevada -3 muertes al día en España-, a pesar de disponer de tratamientos muy eficaces.

Es claro el impacto negativo de la contaminación atmosférica en el empeoramiento de la enfermedad.

El empoderamiento del paciente es una estrategia asistencial que presenta oportunidades de desarrollo y requiere de la formación del paciente en el manejo de la enfermedad. Se alerta del diferente comportamiento de los pacientes más jóvenes.

Una mayor coordinación entre niveles asistenciales dentro del sistema sanitario mejoraría la adherencia al tratamiento y las farmacias podrían tener un papel importante.

Se recomienda un abordaje multidisciplinar en la asistencia especializada, con la participación coordinada de otros profesionales y agentes. La caracterización de los rasgos tratables de cada paciente permitiría un mayor empoderamiento de este y una mejor evolución de la enfermedad.

La sensibilización de la opinión pública y de la Administración sanitaria se señala como una estrategia efectiva a seguir, con un mayor protagonismo de los neumólogos.

PALABRAS CLAVE

Asma Grave, Estrategia Asistencial, Adherencia, Paciente Experto, Empoderamiento Paciente

INTRODUCCIÓN

El artículo se basa en las conclusiones obtenidas en la Jornada “El asma grave: sumando miradas”, realizada el 6 de marzo de 2022 por el Instituto Universitario de Pacientes de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC Barcelona) y que reunió en ponencia a un conjunto de 14 profesionales de la salud de diferentes especialidades relacionados con la patología, así como a pacientes afectados de asma grave.

El objetivo de la jornada fue analizar cómo actualmente los factores ambientales, el papel del paciente y la atención sanitaria influyen en los resultados clínicos y en la calidad de vida de las personas afectadas de asma grave.

Se llevaron a cabo tres mesas redondas que procedieron a este análisis, así como a la elaboración de recomendaciones, mediante la participación de ponentes propios de cada perspectiva y la participación abierta de los asistentes.

La razón por la que se realizó esta actividad se basa en la elevada mortalidad evitable –a razón de 3 muertes al día en nuestro país-, equivalente a la mortalidad por accidentes de tráfico, en una enfermedad que dispone hoy día de tratamientos tan eficaces que casi consiguen su desaparición.

CONTENIDO

El asma es una enfermedad antigua, cuya etiqueta se ha mantenido desde el tiempo de los árabes, pero que hoy sabemos que es una etiqueta que da cabida a diferentes enfermedades. Algunas aparecen en la infancia y luego desaparecen, otras se muestran en la edad adulta y luego se cronicizan; todas empeoran con la contaminación atmosférica y se sabe que es frecuente (afecta al 5% de la población general de cualquier edad).

Afortunadamente, su tratamiento ha mejorado mucho en los últimos años: desde los tiempos de la teofilina y del Ventolín®, a la aparición de los tratamientos antiinflamatorios – corticoides inhalados - que cambiaron el pronóstico de la enfermedad y evitaron que fuera causa de muerte si son tomados correctamente. Y más recientemente los tratamientos biológicos, de los que podría decirse que casi curan la enfermedad.

Hoy día existe mucha mejor comprensión de las enfermedades que se incluyen en el término asma y se dispone de un arsenal terapéutico muy amplio, con el que la enfermedad casi llega a curarse.

1. EL IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

La exposición a la contaminación atmosférica es un problema de salud pública importante, con graves consecuencias para la salud de las personas, ya que afecta negativamente tanto al aparato respiratorio como a otros sistemas de cuerpo humano.

Está claro el impacto negativo de la contaminación atmosférica en el empeoramiento de la enfermedad asmática. Y también está demostrada su negativa influencia en el desarrollo del aparato respiratorio en los niños. Por ello, se recomienda evitar la exposición de los niños a la misma, especialmente en los lugares de juego. La contaminación atmosférica agrava el asma grave y vuelve más agresiva la enfermedad alérgica, un componente común en los pacientes asmáticos.

La relación de la contaminación atmosférica como causa del asma solo está demostrada en los niños. En adultos, su origen se considera multifactorial. Con el fin de profundizar en la relación entre la contaminación atmosférica y el asma, se recomienda que los profesionales recojan la exposición a esta en la historia clínica.

Se sabe que el “efecto barrera” de las mascarillas respiratorias ayuda al enfermo de asma, al evitar el contacto con alérgenos y con la contaminación ambiental. No está claro, sin embargo, el uso de mascarillas respiratorias de los niños en el colegio. Sí se recomienda su uso en invierno para los pacientes de EPOC . Y la experiencia de algunos pacientes de asma grave hace pensar en recomendar su uso porque – dicen – que les evitan empeoramientos.

2. EL ROL DEL PACIENTE

En relación con el papel que el paciente de asma grave podría tener en el manejo de su enfermedad, se destacan varios aspectos:

- El paciente joven. Se alerta de que los pacientes asmáticos más jóvenes presentan un comportamiento diferente del de los adultos, posiblemente atribuible a que no sean – o no quieran ser - del todo conscientes de la gravedad de su enfermedad, acudiendo a los servicios de urgencias únicamente cuando presentan crisis.

En consecuencia, este tipo de pacientes no están debidamente diagnosticados y monitorizados en el sistema sanitario.

- El correcto uso de los inhaladores. Los profesionales que tratan a estos pacientes deberían insistir más en enseñarles cómo utilizar los inhaladores correctamente.

Una buena práctica para ello es pedirles, en el momento de la consulta, que muestren cómo los utilizan, ya sea al médico o la enfermera.

También se señala la necesidad de diferenciar entre hacerlo bien y hacerlo (diferenciar entre “técnica de administración” y “cumplimentación o adherencia”), puesto que hay pacientes que no están dispuestos a cumplir con el tratamiento a pesar de saber administrárselo correctamente.

Una estrategia asistencial con oportunidad de desarrollo. El empoderamiento de los pacientes - que desde esta perspectiva podrían considerarse como un recurso asistencial más del sistema sanitario -, se ha considerado como una estrategia asistencial con un elevado potencial para producir un mejor control de la enfermedad y una menor utilización de los recursos asistenciales profesionales.

Para empoderar a los pacientes es preciso educarlos primero, es decir, trasladarles una información fiable acerca de su enfermedad y capacitarlos en el manejo de la misma. Esto requiere dedicar más tiempo de los profesionales, un recurso cada vez más escaso, especialmente entre los médicos. En consecuencia, se sugiere que sean los profesionales de enfermería y los propios pacientes expertos, aquellos que potencien la educación sanitaria de estos pacientes.

3. A NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se considera que la atención primaria actual realiza un manejo del asma efectivo - que utiliza guías de práctica clínica y protocolos elaborados desde las sociedades científicas - y resolutivo, con una mayor capacidad diagnóstica y terapéutica tras la incorporación de la espirometría, del Plan de alergias y de la inclusión de cuatro nuevos fármacos en el tratamiento del asma.

En relación con la pediatría ambulatoria, la escasez de pediatras, la frecuente rotación y la sobrecarga asistencial – especialmente en época epidémica – tienen como consecuencia que se deriven a la asistencia especializada casos que podrían ser resueltos o manejados en atención primaria.

Se recomienda la participación – por distintas razones - de nuevos agentes en el manejo de la enfermedad en la edad pediátrica. Los servicios de salud mental, las escuelas, los servicios sociales deberían participar activamente en los programas de asma infantil y de enfermería escolar.

Para la atención del adolescente asmático se recomienda un abordaje diferenciado, a través de programas

específicamente diseñados para esta edad, y en los que el paciente experto funciona espacialmente bien.

4. LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

La coordinación asistencial entre la asistencia especializada - más efectiva cuando se realiza con equipos multidisciplinares – y la atención primaria, se señala como una oportunidad para mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes. En esta coordinación, las oficinas de farmacia podrían tener también un papel importante que debería explorarse.

Se apunta también un cierto retraso en la derivación de estos pacientes a las unidades de asma grave, posiblemente derivado de una diferente sensibilidad del médico de familia hacia estos pacientes en comparación con otras patologías crónicas con mayor riesgo de complicaciones vitales. En este sentido se señala el efecto positivo de la visita del especialista en el entorno de la atención primaria.

5. EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A nivel de la asistencia especializada, donde se matiza el diagnóstico y se trazan las estrategias terapéuticas y de seguimiento, se insiste en la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar de estos pacientes, ya que este produce un mejor control de la enfermedad.

Ello podría hacerse con una mayor dotación de enfermería especializada, con la incorporación de otros perfiles profesionales - como fisioterapeutas, nutricionistas o psicólogos - y la participación de otros agentes del sistema, como la farmacia hospitalaria o la farmacia comunitaria. En este sentido, se recomienda potenciar el papel de la enfermera de práctica avanzada, ya que dispone de una formación especializada y puede ejercer un rol más autónomo.

La participación de los servicios de urgencias hospitalarias se apunta también como una oportunidad para la identificación de pacientes asmáticos graves jóvenes, que no siguen controles regulares de su enfermedad ni a nivel de atención primaria ni en atención especializada, acudiendo únicamente a urgencias en caso de exacerbaciones, habitualmente graves o muy graves, que podrían evitarse de seguir controles.

La caracterización de los denominados rasgos tratables de cada paciente por parte del médico especialista permite un abordaje terapéutico estratificado, que posibilita una personalización del tratamiento a cada caso, así como la participación de otros perfiles profesionales. Y redundaría también en un mayor empoderamiento del paciente,

repercutiendo todo ello en una mejor evolución de la enfermedad.

6. LA ATENCIÓN VIRTUAL

La reciente incorporación de la atención virtual - que no puede ser “en lugar de” sino “además de” - se señala como una importante oportunidad de mejora en el tratamiento de estos pacientes, puesto que abre posibilidades para un seguimiento más eficiente.

7. LA IMPORTANCIA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

La existencia de seis tratamientos biológicos – algunos más en fase de investigación – auguran una mejora sustancial del pronóstico y de la calidad de vida de estos pacientes, siempre que estén adecuadamente indicados y administrados.

Ello es especialmente importante en el paciente asmático en edad pediátrica o en el adolescente, donde agentes como las escuelas, los servicios sociales o los servicios de salud mental deberían tener un papel más relevante que el actual – casi inexistente – en el manejo de esta enfermedad.

8. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD

En relación con el sistema de salud, se señala la gran cantidad y calidad de la información disponible en la actualidad acerca de muchos y diferentes aspectos de esta enfermedad – prevalencia, incidencia, variabilidad territorial, factores determinantes - y de su impacto en la sociedad. Se trata de información eminentemente profesional, a la que en los últimos tiempos se está incorporando información procedente de la experiencia de los propios pacientes.

Esta información se encuentra al alcance de los profesionales y resulta accesible a través de diferentes vías, pero todavía se utiliza poco porque no se conoce mucho su disponibilidad. Por ejemplo, los datos del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), un sistema de información agregada abierto, son accesibles a los profesionales a través de <https://msiq.catsalut.cat/>. En consecuencia, se recomienda difundir mejor su existencia y la forma de acceder a ella entre todos los profesionales, labor para la que las sociedades científicas son pieza clave.

En relación con los recursos asistenciales existentes en el sistema de salud, se señala la necesidad de:

- Realizar un mejor aprovechamiento de algunos de los recursos ya existentes en la actualidad como, por ejemplo, la rehabilitación respiratoria, que no se suele tener en cuenta como un recurso asistencial comple-

mentario, al menos si se compara con otro tipo de tratamientos de rehabilitación.

- Aprovechar la oportunidad que proporciona la atención virtual.
- Desde la Administración sanitaria se reconoce también la necesidad de aumentar el tiempo de la dedicación de los profesionales a estos pacientes y de incorporar nuevos perfiles profesionales en el manejo del asma grave.

9. VISIBILIZAR EL PROBLEMA

La sensibilidad de la opinión pública y de la Administración sanitaria en relación con el asma grave se señala como un punto a mejorar. Mensajes como “el asma produce 3 muertes evitables al día” (tantas como los accidentes de tráfico) podrían ayudar a mejorar la importancia que la opinión pública otorga a esta enfermedad, con el consiguiente impacto en todas las personas afectadas. Para ello se reclama una mayor iniciativa y protagonismo de los neumólogos al respecto.

CONCLUSIONES

- Se recomienda evitar la exposición a la contaminación atmosférica en niños, especialmente en los lugares de juego.
- Puede existir un infradiagnóstico de la enfermedad en pacientes jóvenes. Se recomienda aprovechar las oportunidades de identificación de pacientes asmáticos jóvenes que no siguen controles a través de los servicios de urgencias hospitalarias.
- El empoderamiento de los pacientes es una estrategia asistencial con impacto en un mejor control de la enfermedad y con potencial de desarrollo. Requiere invertir tiempo en informar y educar a estas personas. Para avanzar en esta línea, se sugiere la participación de la enfermería y de los pacientes expertos.
- Se recomienda que los profesionales recojan en la historia clínica de estos pacientes la exposición a la contaminación atmosférica, lo que permitirá estudiar con mayor profundidad la relación existente entre contaminación atmosférica y asma grave.
- Se recomienda el uso de las mascarillas respiratorias en invierno para estos pacientes y, en general, para todos los pacientes diagnosticados de EPOC, por el efecto barrera que producen ante infecciones y alérgenos y porque – en opinión de los propios pacientes – les evitan empeoramientos.

- Se recomienda enseñar el uso correcto de los inhaladores a los pacientes. Una recomendación práctica para ello es pedir a los propios pacientes que muestren - al médico o la enfermera - cómo los utilizan, para proceder a corregir o mejorar la técnica en el momento de la consulta.
- Para impactar en la adherencia al tratamiento se recomienda mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Se considera a la farmacia comunitaria una potencial ayuda en la mejora de la adherencia.
- La asistencia especializada resulta más efectiva cuando se realiza con equipos multidisciplinares.
- La visita del neumólogo en el entorno de la atención primaria permite ajustar mejor el momento para derivar estos pacientes a las unidades de asma grave.
- Los tratamientos biológicos auguran una mejora sustancial del pronóstico y de la calidad de vida de estos pacientes, especialmente en el paciente asmático en edad pediátrica o adolescente.
- Se reclama un mayor protagonismo de los neumólogos en los medios para sensibilizar a la opinión pública en relación con el alto impacto en muertes evitables del asma grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chung K.F. New treatments for severe treatment-resistant asthma: targeting the right patient. *Lancet Respir Med.* 2013 Oct;1(8):639-652.
2. López-Viña A., Agüero-Babín R., Aller-Álvarez J.L., Bazús González T., García-Cosío F.B., de Diego-Damiá A., et al. Normativa para el asma de control difícil. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41:513-23.
3. Eguiluz-Gracia I., Mathioudakis A.G., Bartel S., Vijverberg S.J.H., Fuertes E., Comberiat P., et al. The need for clean air: The way air pollution and climate change affect allergic rhinitis and asthma. 2020; 10.1111/all.14177 [consultado: Nov 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/all.14177?src=getftr>
4. Tilles S. Differential diagnosis of adult asthma. *Med Clin North Am.*, 90 (2006), pp. 61-76, 10.1016/j.mcna.2005.08.004 [consultado: Nov 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712505000878>
5. GINA Appendix References. 2019 Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2019 update), [consultado: Nov 2022]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>
6. Plaza F.J., Gaztelurrutia L., Mendoza A., González H.M., Amengual J.A., Ruíz A.B., Burniol M., Climent M.T., Carranza F. Evaluación de la adherencia de los pacientes en tratamiento crónico con inhaladores mediante el uso del test TAI en farmacia comunitaria. *Farm Com.* 10 (Suplemento 1):271
7. Plaza V., Rodríguez del Río P., Gómez F., López A., Molina J., Quintano J.A., et al. Identification of gaps in the clinical patient care of asthma in Spain. Results of the OPTIMA-GEMA survey. *An Sist Sanit Navar.* 2016; 39(2): 181-201.
8. Asensi Monzó M.T., Duelo Marcos M., García Merino Á. Manejo integral del asma en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018; p. 489-506. [consultado: nov 2022] Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/489-506_manejo_integral_del_asma_en_ap.pdf





En colaboración con Janssen España