

## CASOS PRÁCTICOS

# Xestión Integrada de Pontevedra:

## innovación para adaptar las ISO 9001 y 14001

La estrategia de la Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés para adaptarse a las últimas versiones de las Normas ISO 9001 e ISO 14001 destaca por un despliegue original. Para llevar a cabo este proceso de cambio se realizaron actividades de formación y sensibilización, y un despliegue de equipos de consultoría interna y mejora. Esta experiencia podría ser de utilidad para otras organizaciones sanitarias.

**Jorge García-Borregón**

Subdirector de Calidad

**Modesto Martínez-Pillado**Jefe de Sección. Unidad de Calidad Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés (EOXI)<sup>1</sup>

La Estructura de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés (EOXI), creada en el año 2011, está formada por un complejo hospitalario, un hospital comarcal, un centro de especialidades, 44 centros de salud, nueve puntos de atención continuada y da soporte farmacéutico a seis centros sociosanitarios. El Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (Hospital Montecelo y el Hospital Provincial) se fusionaron en 1998. El Hospital do Salnés, con una población de referencia de 85.000 habitantes, está situado a 25 kilómetros, en Vilagarcía de Arousa. Inicialmente fue creado como una fundación sanitaria, por tanto, con una filosofía original muy distinta a los dos anteriores.

Con un catálogo de servicios que va desde cirugía vascular a radiología intervencionista, atiende a una población de 292.782 habitantes (dato

a 2018) del área norte de la provincia de Pontevedra. Con una plantilla superior a los 4.100 profesionales (21 % médicos y 40 % profesionales sanitarios) y 731 camas, más de 132.000 urgencias, realiza 28.800 ingresos hospitalarios agudos, y una actividad quirúrgica de 25.000 intervenciones, así como más de 450.000 consultas externas hospitalarias (30 % de altas en primeras consultas). La tasa de anulación quirúrgica es inferior al 4 %, con un rendimiento superior al 75 %. En el área docente destaca la formación pregrado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Casi 130 residentes en prácticamente todas las especialidades de la EOXI.

El organigrama incluye un subdirector del área de calidad y atención al paciente. Por su parte, una Comisión de Calidad y un núcleo de Seguridad Clínica constituyen los foros de debate donde se toman decisiones y propuestas de mejora. Cada

año nuestro financiador, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), incluye en el Contrato de Gestión, un Plan de Objetivos que se estructuran en tres epígrafes: aquellos correspondientes al área sanitaria, al área de calidad y los definidos como objetivos corporativos.

Dentro del objetivo de mejora de la calidad se incluyó la actualización de las certificaciones ISO 9001 de sistema de gestión de la calidad e ISO 14001 de gestión ambiental a las versiones de 2015 en los servicios de Microbiología, Análisis Clínicos, Farmacia, Archivo y Documentación Clínica, Unidad de Esterilización y Laboratorio de Hematología, así como la ISO 14001 de Sistema de Gestión Ambiental.

Entre otros aspectos novedosos, el liderazgo, la identificación de partes interesadas y el análisis del contexto son elementos clave en las Normas ISO 9001 e ISO 14001.



### Estrategia de cambio

La gestión por procesos y pensamiento basado en riesgos son herramientas para la aplicación práctica. El contexto puede afectar a una asignación de recursos, por lo que a partir del análisis externo e interno se determinaron en EOXI las partes interesadas, que nos ayudaron a identificar riesgos y oportunidades.

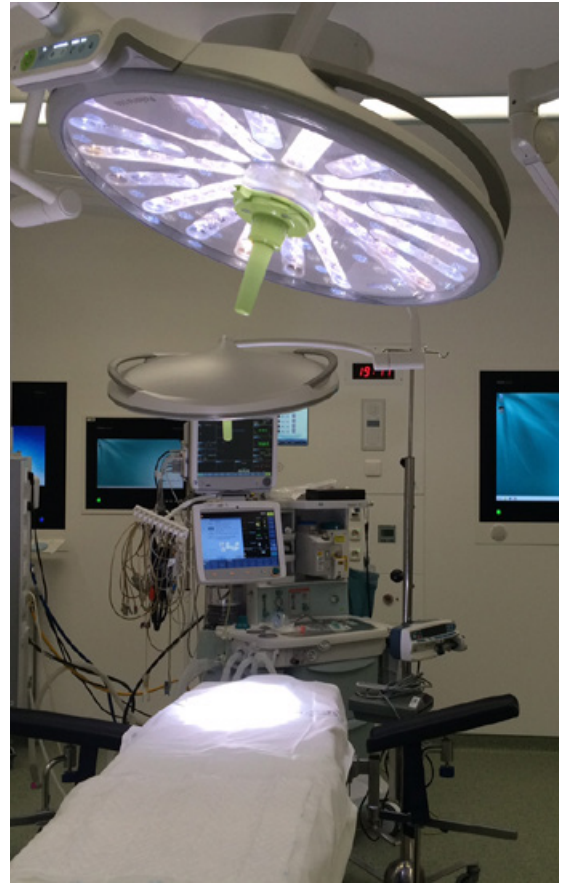
Para llevar a cabo el análisis del contexto e identificación de las partes interesadas, así como de los riesgos y oportunidades que se deben tener en cuenta para conseguir los

resultados esperados en el sistema de gestión, se procedió como se explica a continuación. En primer lugar, para facilitar este análisis e identificación se elaboraron procedimientos generales comunes. Asimismo, se han “especializado” dos servicios en identificación de riesgos, y otros dos en identificación de partes interesadas y análisis del contexto. Después de tres reuniones con cada equipo, se compartieron las experiencias en la Comisión de Calidad. A partir de los resultados obtenidos por estos dos servicios, se validaron los nuevos

procedimientos aplicables. De esta forma, los equipos de expertos se convierten en referencia para el resto de servicios certificados, tanto en formación como en validación de los procedimientos

Partiendo de los principios de aprender haciendo, la formación se realizó de forma colectiva, desde sesiones de revisión de artículos hasta talleres de identificación de riesgos. A la vez, acompañado de entrevistas semiestructuradas para tener retroinformación de líderes en la percepción del cambio así como herramientas de ►





Los profesionales se empoderan en áreas que supuestamente no eran de su especialidad, combinando la subespecialización con la generalidad lo que siempre constituye un reto. En esta experiencia, se compaginaron referentes de calidad y seguridad clínica, lo que aporta valor al Sistema Sanitario



► marketing (“lemas de cambio”). A continuación se detallan estas acciones.

**Talleres para la identificación de riesgos** a partir de casos clínicos que han tenido una estupenda acogida. Estos talleres han permitido identificar acciones de mejora, precisamente contando con la colaboración de aquellos que están en el mostrador de atención al público, y sesiones con los profesionales de los servicios para identificación de riesgos y oportunidades. Los posibles casos reunían muchas características para catalogarlos como de “riesgo” (procedencia de otro centro, periodo estival u horario de urgencia,

entre otras). Los profesionales a partir de un *storytelling* identificaron los riesgos divididos en antes, durante y después que, una vez analizados, se agregaron como riesgos que podrían ser similares en nuestro sistema. El objetivo de esta metodología no es otro que identificar riesgos para afrontarlos, evitando, aceptando, eliminado y cambiando la probabilidad de ocurrencia; o compartir riesgos que pueden afectar a resultados con otras partes. A partir de los riesgos lo que pretendemos es mejorar los procesos, por lo que, una vez identificados, cada profesional debía seleccionar al menos uno

y proponer una acción de mejora a través de un taller de identificación y propuestas de acción para la gestión de riesgos.

**Entrevistas semiestructuradas** a responsables de calidad de los servicios certificados.

**Intervenciones de sensibilización** para la mejora de la seguridad del paciente AIR QUALITY FARMA.<sup>2</sup>

**Sesiones de *biblioreview***, donde se revisaban colectivamente las modificaciones de las nuevas normas.

**Lemas de cambio** hacia la ISO 9001 a partir de un corolario con más de 15 lemas motivadores de lo que, por consenso, se seleccionaron varios como “No queremos una mejora de un millón, sino 1.000 mejoras de 1.000”, “Donde tú no llegues llegaré yo” y “Trabajamos en plural”.

### ¿Qué hemos aprendido?

La adaptación a las nuevas normas rompe hábitos y obliga a mirar con otros ojos, o al menos con otra mirada, aquellas formas de hacer habituales





que eran evaluadas en las auditorías externas. La participación de todos los profesionales en la mejora de la seguridad es un valor añadido de gran interés.

La metodología utilizada *Learning by Doing*<sup>3</sup> no es sólo un aprendizaje por experimentación, es sencillamente como los adultos aprendemos. Si además lo hacemos colectivamente, con actividades en equipo, sobre un caso concreto, conseguiremos aprender con otros. La mejora pasa por entender que todos pueden aportar algo. Los principales objetivos que se consiguen con esta metodología es concebir la seguridad como valor y, por ello, se consulta a los profesionales que están en el *front office*. Transmitir que colectivamente, se identifican y se afrontan mejor los riesgos y oportunidades.

### Aplicabilidad a otros entornos

El proceso de adaptación de las certificaciones a las versiones de 2015 de las Normas ISO 9001 e ISO 14001 presentó varios aspectos novedosos. Los equipos de expertos se convirtieron en referencia recíproca. Esto es, una parte del equipo en el ámbito de riesgos asesora y ayuda a la otra parte del equipo experta en identificación del contexto y las partes interesadas. Así, de forma colaborativa, se convierten en “expertos” en un área y participan activamente en la puesta en marcha del proceso.

Los profesionales se empoderan en áreas que supuestamente no eran de su especialidad, combinando la subespecialización con la generalidad lo que siempre constituye un reto. En esta experiencia, se compaginaron referentes

de calidad y seguridad clínica, lo que aporta valor al Sistema Sanitario.

Este proceso de adaptación nos ha aportado gestión del conocimiento, liderazgo situacional y una táctica operativa que logra la adaptación con sus propios medios. Nuestro proceso es innovador, se puede aplicar en otros entornos y es fácil de implementar. ▀

### BIBLIOGRAFIA

- Abuhav, I. (2017). ISO 9001:2015. *A Complete Guide to Quality Management Systems*. Taylor & Francis Group, Boca Raton, FL
- ISO 9001: 2015 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos (ISO 9001:2015)

### NOTAS

- (1) Con la colaboración del Comité Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental: Amparo Couso (Unidad de Esterilización); Marta García y Patricia Álvarez (Servicio de Microbiología); María Teresa Aparicio y María Elena del Real (Servicio de Análisis Clínicos); Beatriz Castro y Carlos Crespo (Servicio de Farmacia); Susana Abalo (Gestión Ambiental); Javier Nogueira (Archivo); y J. A. Losada (Unidad de Calidad)
- (2) Premios FIDISP (finalista Congreso Nacional de Hospitales 2019)
- (3) <http://www.plataformaprojecta.org/es/recursos-educativos/aprender-haciendo-o-learning-by-doing>